

Patient und Prothese

**Untersuchungen über den psycho-physischen Komplex
bei der Inkorporation**

von

Ursula Heymann

aus

Sontra/Hessen

1973 # 42 1

Aus der Prothetischen Abteilung
für Zahn-, Mund- und Kieferkrankhe
der Klinik und Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Vorstand: Prof. Dr. M. Hofmann)

Patient und Prothese

**Untersuchungen über den psycho-physischen Komplex
bei der Inkorporation**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Ursula Heymann

aus

Sontra/Hessen

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der

Universität Erlangen-Nürnberg

Patient und Prothese

Untersuchungen über den psycho-physischen Komplex
bei der Inkorporation



Inaugural Dissertation

zur Erlangung des Doctorgrades

an der Medizinischen Fakultät

der Universität Erlangen-Nürnberg

Erstgutachter

Dekan: Prof. Dr. L. Demling

Referent: Prof. Dr. M. Hofmann

Tag der mündlichen Prüfung: 17. September 1973

I n h a l t s ü b e r s i c h t

	Seite
I. Einleitung und Problemstellung	4
II. Literaturübersicht	6
III. Eigene Untersuchungen	11
A) Material und Methodik	11
a) Reaktionsfragen	13
b) Informationsfragen	15
IV. Auswertung und Ergebnis der Befragung	21
a) Reaktionsfragen	21
b) Informationsfragen	36
bb) Komplex Klinikbehandlung	64
c) Vergleich Cover-denture-Träger zu "normalen" Prothesenträgern	68
V. Diskussion und abschließende Betrachtung der Befragungsergebnisse	79
VI. Zusammenfassung	84
VII. Schrifttumsverzeichnis	86

I. Einleitung und Problemstellung

Auch heute noch spielen die Zähne als Symbol für Kraft, Gesundheit und Vitalität eine wichtige Rolle, so ist z.B. aus Kolumbien bekannt, daß die dortigen Einwohner ihren Reichtum dadurch zu dokumentieren pflegen, daß sie sich die oberen gesunden Schneidezähne mit Gold überziehen lassen.

Schöne Zähne gelten als gesunde Zähne und können zweifellos einen gewissen Reiz ausstrahlen.

Im Volksaberglauben heißt es, daß eine Schwangere, die Zahnschmerzen hat, einen Buben bekommt oder geträumter Zahnverlust mit Unglück oder Tod eines Angehörigen gedeutet wird.

F r e u d setzt Träume von Zahnausfall oder Zahnausreißen gleich mit Kastration.

Er schreibt in seiner Arbeit "Symbolik im Traum" u.a.: "...Es scheint mir nicht zweifelhaft, daß die bei so vielen Völkern geübte Beschneidung Äquivalent und eine Ablösung der Kastration ist. Und nun wird berichtet, daß in Australien gewisse primitive Stämme die Beschneidung als Pubertätsritus ausführen, während andere, ganz nahe wohnende, anstelle dieses Aktes das Ausschlagen eines Zahnes gesetzt haben.....".

Das Gesicht, so sagt man, ist das Spiegelbild des Seelenlebens des Menschen, das durch die Mimik, besonders den Mund, dargelegt wird. Eine Deformation oder Verletzung des Gesichtes kann die Meinung über einen Menschen beeinflussen und die Persönlichkeit des Geschädigten verändern. Auch eine Totalprothese ist u.U. als "Verletzung" anzusehen, wenn die vor der Eingliederung der Prothese bestandene Harmonie des Gesichtes gestört oder in negativer Weise beeinflußt ist und so zu Störungen des psychischen Gleichgewichtes führen kann.

Umgekehrt kann eine Prothese zur Wiederherstellung verlorengegangener Einheit des Gesichtes und damit verbundener Sicherheit beitragen.

Darüber muß sich ein Zahnarzt bewußt sein, die Wichtigkeit seiner Aufgabe vor Augen halten und die Fähigkeit besitzen, sich auf den Patienten einzustellen und ihm bei der Adaptation seiner Totalprothese behilflich sein. Zur Inkorporation gehört nicht nur ein funktionell einwandfreier Ersatz, sondern vor allem muß der Patient bereit sein, ihn zu akzeptieren. Oft ist er von sich aus nicht dazu in der Lage und bedarf der Unterstützung des Zahnarztes.

Das Gebiß darf also niemals als isoliertes Organ betrachtet werden, sondern als Teil des Gesamtorganismus. Dahingehend muß die Behandlungsweise ausgerichtet sein und den ganzen Menschen mit seiner Persönlichkeit und Charaktereigenschaften (Eitelkeit, Schüchternheit, Selbstbewußtsein, Willensstärke, Wehleidigkeit usw.) einschließen, um zu einem Erfolg zu führen.

Dieser ist im wesentlichen von der Persönlichkeit und dem Vertrauen, das der Zahnarzt ausstrahlt, abhängig. Besonders dann, wenn für den Patienten zum ersten Mal die Situation eingetreten ist, einen totalen Zahnersatz zu benötigen, kann u.U. das Verständnis und die vertrauensvolle Hilfe des Zahnarztes für labile Patienten ausschlaggebend sein, ob eine Prothesenadaptation und Inkorporation erfolgt oder nicht.

Die Aufgabe dieser Arbeit ist es, anhand einer Patientenumfrage Anhaltspunkte zu erhalten, welche Vorstellungen und Eindrücke seitens des Patienten mit dem Eingliedern einer Totalprothese verbunden sind und ob eine Prothese sinngemäß inkorporiert werden kann.

II. Literaturübersicht

Heinrich, E. (4), beschreibt den Mund als Ausdrucksorgan wichtiger Seelenregungen, er ist "affekt besetzt", Mittler wichtiger Lebensäußerungen, formt die ausströmende Luft zu Worten usw.. All diese seelisch-körperlichen Funktionen werden in ihrem Ablauf plötzlich durch eine Fremdkörpermasse - die Prothese - gestört.

Darauf, und daß nicht jeder Mund gleichermaßen für den Zahnersatz geeignet ist, muß ein Patient unbedingt aufmerksam gemacht werden.

Auch muß er sich darüber im klaren sein, daß der Erfolg nicht zuletzt von seiner Mitarbeit abhängig ist.

Wie weit ein Zahnersatz adaptiert bzw. inkorporiert wird, hängt davon ab, wie sicher das Täuschungsmanöver - Verbergen der Prothesenexistenz - gelingt. Dies ist abhängig von der Funktionstüchtigkeit, Passgenauigkeit und einwandfreiem Sitz der Prothese. Die Angst vor Entdeckung des Betrugers ruft Schuldgefühle hervor, aus denen sich bei sensiblen Menschen Minderwertigkeitsgefühle entwickeln, die zur psychischen Nichtadaptation führen, während Personen mit starkem Lebenswillen trotzdem eine Adaptation erreichen können.

Wild, H. (15), definierte den Begriff der Adaptation als "das positive Resultat der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Prothese".

Sie umfaßt sowohl eine mechanische als auch psychische Komponente und charakterisiert jenen Komplex, den wir auch mit Gewöhnung bezeichnen.

Inkorporation, damit meint W i l d , H. (15), jenen Zustand, welcher nach der Gewöhnung eingetreten ist.

Der Zeitpunkt der Inkorporation der Prothese ist erreicht, wenn der Patient unbewußt kaut, d.h., nicht mehr nach Gleichgewichtslage gesucht wird und neue zweckentsprechende Kaubahnen gefunden wurden.

Die erste Adaptationsphase tritt ein, wenn sich der Prothesenträger zunächst an die enorme Einengung des Raumes in der Mundhöhle gewöhnen muß; auch die Anpassung an veränderte phonetische Verhältnisse erfolgt ziemlich schnell. Die Erlernung des Kauens macht sicher die größten Schwierigkeiten.

Besonders sind es die Kontaktbewegungen, die eine Umstellung erleiden. Die Prothese vermittelt der Mundschleimhaut und Muskulatur lediglich ein diffuses, summarisches Gefühl, dies im Gegensatz zu den sensiblen natürlichen Zähnen. Hierin liegt das wesentliche Problem.

Der Prothesenträger sucht nun aus den verschiedenen Möglichkeiten die beste und wirksamste Artikulationsstellung und -bewegung, indem er beim Essen seine Aufmerksamkeit auf die Kaumotorik lenkt. In dieser Phase untersteht der Kauvorgang der Kontrolle des Bewußtseins. Das Kauzentrum erhält gewisse bewußte Impulse zur Orientierung, bis die elementarsten Schwierigkeiten überwunden sind; denn das früher gut funktionierende koordinierte System hat durch die Prothese plötzlich die Orientierung verloren, da es keine brauchbaren adäquaten Erregungen mehr erhält. Durch langsames Vortasten mit Hilfe der bewußten Kontrolle emanzipiert sich das Kauzentrum in der Medulla oblongata vom bewußten Objekt Prothese und wird automatisch durch die Bahnung neu erworbener Reflexe.

Man könnte etwa sagen: Das Kauen wird meist im Rahmen der individuellen Geschicklichkeit neu gelernt. Das Zusammenspiel des Unterkiefers und der Zunge wird im Laufe der Zeit akquiriert, d.h., den neuen Verhältnissen angepaßt.

Kommt der Prothesenträger aus der Periode des bewußten Kauens nicht heraus, so daß sich weiterhin bei jeder Gelegenheit sein Verstand mit dieser zweckbetonten Handlung abgeben muß, dann bildet sich bei ihm ein nervöser Zustand, den W i l d , H. (15), als "Prothesenkomplex" bezeichnet hat. Daraus erfolgt eine neurotische Fixierung an die Prothese.

Das Problem des totalen Zahnersatzes hat zweifellos eine nervös-psychologische Seite.

Ihre Aufgabe ist nicht allein auf die Wiederherstellung der Kaufunktion beschränkt. Der Patient muß die Prothese so assimilieren, daß weder er noch sein Nächster ihre Existenz empfindet.

P e t e r h a n s , P. (10), ergänzt dazu, daß zur Anpassung auch ein unbewußt bleibender seelischer Vorgang gehört:

Sind die Adaptationsschwierigkeiten mehr psychischer Natur, können sie durch einfache Verstandeskontrolle nicht eliminiert werden.

Die Störungsmöglichkeiten sind hier viel komplexer und ihre Überwindung verlangt eine Differenzierung ins Detail.

Auf das Problem "erschwerte Adaptation auf Grund psychischer Störungen" ging besonders P e t e r h a n s , P. (10), ein.

Da die Möglichkeiten für eine absolute und relative Prothesenunverträglichkeit sehr zahlreich sind, versuchte er eine schematische Einteilung:

1. mechanische und psychische Nichtadaptation

Eine primär negative Einstellung gegenüber der Prothese kann entstehen aus bewußter Ablehnung oder aus unbewußtem Widerstand und Besetzung mit adaptationsnegativen Vorstellungen.

2. mechanische Adaptation und psychische Nichtadaptation

Dies kann geschehen auf Grund von unbewußten und bewußten Projektionen in die Prothese bei positiver Einsicht der Unumgänglichkeit des Prothesentragens.

3. labile Prothesenverträglichkeit

Je nach dem allgemeinen psychischen Zustand kann eine zeitweilige Affektübertragung stattfinden.

4. psychische Adaptation und mechanische Nichtadaptation

Dies kommt äußerst selten vor, höchstens bei sehr alten oder debilen Personen.

Patienten, bei denen der Begriff Prothese a priori negativen Gefühlstonus trotz verstandesmäßiger Bejahung auslöst, werden ihre Prothese psychisch und mechanisch nicht adaptieren. Diese Patienten haben immer "Druckstellen", können weder essen noch sprechen und behaupten, zu ihrem Nachteil verändert zu sein.

Die Art der Schilderung der Prothesenschwierigkeiten dieser Patienten ist bezeichnend für ihre Gemüts-situation und zeigt deutlich eine Erweiterung des Prothesenproblems auf andere seelische Komplikationen.

Jeder Prothesenträger muß seinen Zahnersatz körperlich und seelisch beherrschen lernen, oft jedoch braucht er dazu die Anleitung und Hilfe des Zahn-
arztes.

Durch berufliches Können, Menschenkenntnis, Auftreten, Einfühlungsvermögen und Verantwortungsgefühl, gewinnt der Zahnarzt sein Vertrauen, welches Voraussetzung für die Bereitschaft des Patienten ist, sich - wenn auch unbewußt - leiten und führen zu lassen.

K u r l j a n d s k i j , W.J. (7)

fordert die Loslösung von der Gedankenverbindung
"Prothese = Zerkleinerungsvorrichtung" in der Mund-
höhle.

Er führt aus:

"Wenn ein Patient klagt, daß er nicht kauen kann, heißt das nicht, daß er die Speisen nicht zerkleinern kann, sondern ist die unbeholfene Äußerung eines als Hilflosigkeit empfundenen Zustandes. Dem Patient fehlt die Stütze seiner Kiefer, sein eigener Halt. Stört ihn das Aussehen und fühlt er die Leere, ist er bestrebt, das ihm Fehlende auszugleichen. Bekommt er den "Nur-Zahnersatz", können seine Erwartungen leicht enttäuscht werden."

III. Eigene Untersuchungen

A) Material und Methodik

Der folgenden Befragung lag das Ziel zugrunde, mögliche Ursachen der Inkorporationsschwierigkeiten bei Totalprothesenträgern zu eruieren.

Hierzu wurden insgesamt 50 Fragen erstellt, die sich in 2 Komplexe gliedern lassen:

1. 29 Reaktionsfragen, die spontan mit "ja" oder "nein" beantwortet werden konnten und
2. 21 Informationsfragen, deren Beantwortung zum Teil gutes Erinnerungsvermögen und Überlegung erforderte.

135 Personen - davon 35 Cover-denture-Träger - im Alter von 32 - 89 Jahren, wurden für die Interviews zu Hause aufgesucht.

Die eigentliche Befragung pro Person dauerte ungefähr 25 Minuten. Von den meisten wurde sie jedoch zum Anlaß genommen, die "Geschichte ihrer Zähne" sowie persönliche Prothesenprobleme ausführlich zu schildern. Dadurch konnten einerseits im Hinblick auf die Auswertung interessante und wertvolle Beobachtungen gemacht werden, andererseits erhöhte sich die Gesprächsdauer im allgemeinen auf 45 - 60 Minuten.

Die Zahl der Interviewverweigerungen war sehr gering, in einigen Fällen wurde die Befragung aus Angst, eine Prothese kaufen zu sollen, abgelehnt. Versuche, diesen Personen den Zweck der Untersuchung zu erklären, waren vergeblich.

Ihr abschließendes Urteil lautete: "Ich habe schon eine Prothese und brauche keine neue".

Die Fragensauswahl und -formulierung - mit Absicht einfach gewählt, um sie leicht verständlich zu machen - stellte Herr Privatdozent Dr. H.G. S e r g l , Psychologe und Zahnmediziner, zusammen.

Die Anordnung ähnlich klingender Fragen wurde so festgelegt, daß sich - für den Patienten unbewußt - Widersprüchlichkeiten bzw. Übereinstimmungen ergaben. Die Auswertung dieser Fragen erfolgt zusammenhängend.

Das Adressenmaterial stellten freundlicherweise die prothetische Abteilung der Zahnklinik Erlangen sowie Zahnärzte zur Verfügung.

Die Fragen

a) Reaktionsfragen

1. Es macht mir nichts aus, ein Gebiß zu tragen.
2. Ich fürchte manchmal, die Prothesen könnten nicht richtig halten, während ich spreche oder singe.
3. Mit einer Zahnücke wollte ich mich nie unter Menschen zeigen.
4. Meine Zahnprothesen sehen zwar gut aus, aber sie bleiben für mich ein Fremdkörper im Mund.
5. Ich denke oft daran, daß ich künstliche Zähne habe.
6. Das natürliche Aussehen ist bei den Zahnprothesen wichtiger, als daß man damit kräftig beißen kann.
7. Eine Zahnprothese zu tragen ist weniger schlimm, als ich früher gedacht hatte.
8. Ich vermeide, in Gegenwart fremder Menschen zu lachen, damit man die "falschen Zähne" nicht sieht.
9. Ich habe mich so an meine Zahnprothesen gewöhnt, daß sie mir wie meine eigenen Zähne vorkommen.
10. Ich muß mich dazu zwingen, meine Zahnprothese zu tragen.
11. Mit meinen Zahnprothesen habe ich beim Sprechen ein sicheres Gefühl.
12. Künstliche Zähne sind ein notwendiges Übel.
13. Der Gedanke, daß andere Menschen an meinen künstlichen Zähnen Anstoß nehmen könnten, ist mir noch nie gekommen.
14. Meine Zahnprothesen geben mir im Umgang mit anderen Menschen Sicherheit.

15. Es würde mir wenig ausmachen, einige Zeit ohne Zähne unter Menschen zu sein.
16. Ich trage meine Zahnprothesen nur selten.
17. Es ist unangenehmer als ich mir vorgestellt hatte, eine Zahnprothese zu tragen.
18. Es ist ein Glück, daß man die Möglichkeit hat, fehlende Zähne zu ersetzen.
19. Ich habe oft das unangenehme Gefühl, daß mir die Leute auf den Mund sehen.
20. Ich denke manchmal, an den künstlichen Zähnen sieht man, daß man alt wird.
21. Ich fürchte manchmal, andere Menschen könnten "falsche Zähne" abstoßend finden.
22. Manche Speisen traue ich mich mit meinen Zahnprothesen in Gesellschaft anderer Menschen nicht zu essen.
23. Ohne Zähne würde ich nur ungern ausgehen.
24. Vor künstlichen Zähnen empfand ich schon immer einen Ekel.
25. Ich beneide manchmal junge Menschen um ihre gesunden Zähne.
26. Mit meinen Zahnprothesen kann ich auch in Gesellschaft alles essen.
27. Ich fühle mich etwas gehemmt, seit ich künstliche Zähne habe.
28. Meine Zahnprothesen trage ich den ganzen Tag.
29. Ich denke kaum jemals daran, daß es nicht meine eigenen Zähne sind, die ich trage.

b) Informationsfragen

1. Weshalb kamen Sie zum Zahnarzt?
2. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre eigenen Zähne verloren?
3. Haben Sie zuerst im Oberkiefer oder im Unterkiefer alle Zähne verloren?
4. Hat Ihnen der Zahnarzt die Zähne gezogen? Warum? Waren sie locker? Saßen sie auf Eiter?
5. War es Ihnen recht, daß diese Zähne gezogen wurden, oder hätten Sie sie lieber behalten?
6. Hat Ihnen Ihr Zahnarzt geraten, die Zähne ziehen zu lassen?
7. Wieviele Zähne wurden Ihnen zuletzt gezogen?
8. a) Hat Ihnen Ihr Zahnarzt gesagt, daß Sie mit Ihren neuen Prothesen gut kauen können?
b) Oder hat er Sie darauf hingewiesen, daß Sie sich daran gewöhnen müssen?
9. Konnten Sie mit den neuen Prothesen sofort essen und sprechen? Wenn nein, warum nicht?
10. Wie lange hat es gedauert, bis Sie beschwerdefrei Ihre Prothesen tragen konnten?
11. Was hat Sie an den neuen Prothesen am meisten gestört?
12. Wenn Sie die neuen Prothesen im Munde hatten, hatten Sie dann im Vergleich zu früher mehr oder weniger Speichel?
13. Hatten Sie früher schon mal einen Zahnersatz? Welchen?
14. War Ihnen dieser Zahnersatz angenehm?

15. Können Sie alles essen, oder zerschneiden Sie Brot oder Äpfel vorher in kleine Stücke?
16. Haftet Ihre Prothese gut? Wenn nein, warum nicht?
17. Wurde Ihnen aus Kostengründen zu einer Totalprothese geraten oder hätten Sie - um Ihre eigenen Zähne zu behalten - auch mehr bezahlt?

Für Klinikbehandelte:

18. Warum sind Sie in die Klinik zur Behandlung gegangen?
19. Von wem sind Sie behandelt worden? Student oder Arzt?
20. Würden Sie wieder in die Klinik zur Behandlung gehen? Warum? Warum nicht?
21. Empfanden Sie die Behandlung durch den Studenten als Zumutung?

Zunächst eine Übersichtstabelle der Reaktionsfragen mit Antwortergebnis:

Frage	Ja %	Nein %	
1. Es macht mir nichts aus, ein Gebiß zu tragen	20	81	1 % ja UK nein OK
2. Ich fürchte manchmal, die Prothesen könnten nicht richtig halten, während ich spreche oder singe	27	75	2 % ja UK nein OK

Frage	Ja %	Nein %	
3. Mit einer Zahnlücke wollte ich mich nie unter Menschen zeigen	30	71	1 % ja UK nein OK
4. Meine Zahnprothesen sehen zwar gut aus, aber sie bleiben für mich ein Fremdkörper im Mund	63	37	
5. Ich denke oft daran, daß ich künstliche Zähne habe	36	64	
6. Das natürliche Aussehen ist bei den Zahnprothesen wichtiger, als daß man damit kräftig beißen kann	28	72	
7. Eine Zahnprothese zu tragen ist weniger schlimm, als ich früher gedacht hatte	85	17	2 % ja OK nein UK
8. Ich vermeide in Gegenwart fremder Menschen zu lachen, damit man die "falschen Zähne" nicht sieht	3	97	
9. Ich habe mich so an meine Zahnprothese gewöhnt, daß sie mir wie meine eigenen Zähne vorkommen	76	27	3 % ja OK nein UK
10. Ich muß mich dazu zwingen, meine Zahnprothese zu tragen	14	86	
11. Mit meinen Zahnprothesen habe ich beim Sprechen ein sicheres Gefühl	92	9	1 % ja OK nein UK

Frage	Ja %	Nein %	
12. Künstliche Zähne sind ein notwendiges Übel	71	29	
13. Der Gedanke, daß andere Menschen an meinen künstlichen Zähnen Anstoß nehmen könnten, ist mir noch nie gekommen (Nein, der Gedanke ist mir noch nie gekommen)	21	79	
14. Meine Zahnprothesen geben mir im Umgang mit anderen Menschen Sicherheit	95	5	
15. Es würde mir wenig ausmachen, einige Zeit ohne Zähne unter Menschen zu sein (Nein, ich möchte nicht ohne Zähne unter Menschen sein)	7	93	
16. Ich trage meine Zahnprothesen nur selten	6	94	
17. Es ist unangenehmer, als ich mir vorgestellt hatte, eine Zahnprothese zu tragen	21	80	1 % ja UK nein OK
18. Es ist ein Glück, daß man die Möglichkeit hat, fehlende Zähne zu ersetzen	99	1	
19. Ich habe oft das unangenehme Gefühl, daß mir die Leute auf den Mund sehen	10	90	
20. Ich denke manchmal, an den künstlichen Zähnen sieht man, daß man alt wird	25	75	

Frage	Ja %	Nein %
21. Ich fürchte manchmal, andere Menschen könnten "falsche Zähne" abstoßend finden	23	77
22. Manche Speisen traue ich mich mit meinen Zahnprothesen in Gesellschaft anderer Menschen nicht zu essen (Ja, ich traue sie nicht zu essen)	33	67
23. Ohne Zähne würde ich nur ungern ausgehen	97	3
24. Vor künstlichen Zähnen empfand ich schon immer einen Ekel	25	75
25. Ich beneide manchmal junge Menschen um ihre gesunden Zähne	73	27
26. Mit meinen Zahnprothesen kann ich auch in Gesellschaft alles essen	72	28
27. Ich fühle mich etwas gehemmt, seit ich künstliche Zähne habe	9	91
28. Meine Zahnprothesen trage ich den ganzen Tag	91	9
29. Ich denke kaum jemals daran, daß es nicht meine eigenen Zähne sind, die ich trage	67	33 (Nein, ich denke nicht daran)

Tab. 1

Da einige Personen die Antworten zwischen Oberkiefer- und Unterkieferprothese differenzierten, ergaben sich bei der Auswertung teilweise mehr als 100 % (siehe Spalte 3) .

IV. Auswertung und Ergebnis der Befragung

a) Reaktionsfragen

-Frage 1 und 9-

Die Frage "Es macht mir nichts aus, ein Gebiß zu tragen", wurde bewußt an erste Stelle gesetzt, um eine spontane Reaktion zu erzielen. Den Befragten blieb keine Zeit, sich mit der Situation auseinanderzusetzen und die Antwort zu überlegen.

Durch die plötzliche Konfrontation mit diesem Problemkreis wurde als Ergebnis eine Reaktion erwartet, die mehr über die psychische Einstellung der Testpersonen zu ihren Prothesen aussagte, als über die Funktionstüchtigkeit ihres Zahnersatzes, wobei zu berücksichtigen ist, daß eine in jeder Hinsicht einwandfreie Prothese eine Inkorporation unterstützt, also Funktion und psychische Einstellung in Abhängigkeit zueinander stehen.

Frage 9

"Ich habe mich so an meine Zahnprothese gewöhnt, daß sie mir wie meine eigenen Zähne vorkommen".

Vergleicht man die Antworten auf beide Fragen, so kann man eine weitgehende Übereinstimmung feststellen:

81 % macht es nichts aus, ein Gebiß zu tragen und

76 % haben sich so an ihre Zahnprothesen gewöhnt, daß sie ihnen wie ihre eigenen Zähne vorkommen.

Einige Personen machten jedoch Einschränkungen in bezug auf die positive Einstellung zu ihrem Zahnersatz: Sie bejahten nur die Oberkieferprothese, da sie mit der Unterkieferprothese nicht zufrieden waren.

Frage 29

"Ich denke kaum jemals daran, daß es nicht meine eigenen Zähne sind, die ich trage".

Als Bestätigung für das bei Frage 9 gefundene Ergebnis kann das Resultat der Frage 29 angesehen werden, da eine hohe Übereinstimmung besteht.

Obwohl 33 % der Prothesenträger zeitweise bewußt wird, daß es nicht ihre eigenen Zähne sind, die sie tragen, und diese Situation jeweils eine neue Anpassung von ihnen erfordert, ist es erfreulich zu erfahren, daß trotz mancher Mängel bei 77 % die Prothese zum selbstverständlichen Bestandteil des täglichen Lebens gehört.

Frage 2

"Ich fürchte manchmal, die Prothesen könnten nicht richtig halten, während ich spreche oder singe".

Hier ergaben die Antworten, daß ein relativ hoher Prozentsatz (27 %) den mangelhaften Halt ihrer Prothesen befürchten, während sie sprechen oder singen, wobei dies bei 2 Personen wiederum nur für die Unterkieferprothese galt.

Daraus kann man schließen, daß für diesen Personenkreis eine Beeinträchtigung ihrer Lebensweise besteht und sie sich in Gesellschaft anderer Menschen gehemmt und unsicher fühlen.

Vor allem Berufszweige, die auf eine saubere Aussprache und einwandfreie Artikulation der Worte angewiesen sind, wie z.B. Verkäufer, Reporter, Kommentatoren, Sänger usw., dürften in der Ausübung ihrer Tätigkeit behindert sein.

Frage 11

"Mit meinen Zahnprothesen habe ich beim Sprechen ein sicheres Gefühl".

Durch das Resultat kristallisierte sich ein Widerspruch zu der Antwort auf Frage 2 heraus, da 92 % (bei Frage 2: 75%) erklärten, mit ihren Zahnprothesen beim Sprechen ein sicheres Gefühl zu haben.

Bei der Formulierung der Frage 11 ist eine Suggestivwirkung nicht auszuschließen, womit das Ergebnis erhöhte psychologische Bedeutung erlangt.

In Frage 2 ist die Antwort durch die Fragestellung bereits vorgegeben und so bedarf es von seiten des Interviewten lediglich einer Zustimmung und keiner eigenen Entscheidung, ohne über einen Punkt seiner Intimsphäre - zu der die Prothese zweifellos gehört - Aussagen machen zu müssen.

Bei Frage 11 fällt es schwerer zuzugeben, daß man sich mit seinen Prothesen nicht so sicher fühlt, wie es erwünscht wäre. Eine Verneinung dieser Frage würde ein Bloßstellen der eigenen Unsicherheit bedeuten.

Während der Untersuchungen fiel auf, daß Personen, denen Laien den schlechten Halt ihrer Prothese anmerken können, mit Bestimmtheit behaupteten, ihr Zahnersatz würde gut sitzen.

Sie versuchten, die offensichtlich manchmal auftretende Unsicherheit durch Selbsttäuschung zu kompensieren.

Abschließend kann man vermuten, daß Frage 2 - auch wenn unbewußt - ehrlicher beantwortet wurde als Frage 11.

Frage 3, 15 und 23

"Mit einer Zahnlücke wollte ich mich nie unter Menschen zeigen".

"Es würde mir wenig ausmachen, einige Zeit ohne Zähne unter Menschen zu sein".

"Ohne Zähne würde ich nur ungern ausgehen".

Erstaunlicherweise stört es 30 % der Befragten nicht, sich mit einer Zahnlücke in der Öffentlichkeit zu bewegen. Dennoch wies die Mehrheit (70 %) dies entschieden zurück.

Eine Zahnlücke ist für die erstgenannten 30 % von keiner so großen ästhetischen Bedeutung und in bezug auf die Sicherheit nicht so ausschlaggebend, wie der Verlust einer Zahnreihe.

Dagegen ergibt sich bei Frage 15, die den gesamten oralen Bereich erfaßt, ein wesentlich geringerer Prozentsatz (7%), der ohne Zähne unter Menschen gehen würde.

Eine Bestätigung für diese Antworten finden wir bei Frage 23.

Hier sind nur 3 % bereit, ohne Zähne auszukommen. Das Ergebnis zeigt deutlich, wie wichtig, rein vom ästhetischen Standpunkt - ohne die Funktion in diesem Fall zu berücksichtigen -, die orale Rehabilitation für den Patienten ist. Sie bringt ihm die verlorengegangene Kaufähigkeit zurück und verleiht ihm Selbstbewußtsein, sich als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu fühlen.

Frage 6

"Das natürliche Aussehen ist bei den Zahnprothesen wichtiger, als daß man damit kräftig beißen kann".

Als interessantes Bild ergibt sich, daß ein großer Teil der Befragten nicht sofort entscheiden konnte, was für ihn wichtiger ist, der gute Halt oder das natürliche Aussehen der Prothese. Beides bedeutete ihnen gleich viel. Dennoch entschieden sich nach einigem Zögern mehr als $\frac{2}{3}$ für die Funktion und der Rest für das Aussehen. Unter den Letztgenannten sind hauptsächlich Personen zu finden, die von Berufs wegen viel mit Publikumsverkehr zu tun haben, wie Sekretärinnen, Verkäufer, Friseure, Lehrer und Geschäftsfrauen.

Frage 8 und 19

"Ich vermeide, in Gegenwart fremder Menschen zu lachen, damit man die falschen Zähne nicht sieht".

"Ich habe oft das unangenehme Gefühl, daß mir die Leute auf den Mund sehen".

Ein eindeutiges Ergebnis liegt bei der Auswertung der Frage vor:

97 % lassen sich von den Prothesen in ihrer Mimik nicht beeinflussen.

Voraussetzung dafür ist, daß diese Personen von dem natürlichen Aussehen ihrer Zähne überzeugt sind, obwohl ihre Anschauung den Tatsachen oft widerspricht, wie bei den Untersuchungen festgestellt werden konnte. Als wesentlicher Faktor hierbei mag die individuelle Geschmacksrichtung bei Zahnauswahl, -aufstellung und -farbe zur Prothesengestaltung eine Rolle spielen.

Um eine Adaptation an seine Prothese und ein natürliches Mienenspiel zu gewährleisten, ergibt sich als Quintessenz aus dem oben gesagten, daß es von entscheidender Wichtigkeit ist, den Geschmack und die Vorstellungen des Einzelnen bei der Prothesenplanung zu berücksichtigen. Ein noch so funktionstüchtiger Ersatz wird von seinem Träger kaum inkorporiert werden, wenn das äußere Bild den Wünschen nicht entspricht.

Frage 19

"Ich habe oft das unangenehme Gefühl, daß mir die Leute auf den Mund sehen".

Bis auf 7 % finden wir eine Bestätigung des Resultates der Frage 8.

Die positive Beantwortung der Frage 19 (90 % haben nicht das Gefühl, daß ihnen die Leute auf den Mund sehen) ist als Voraussetzung für das Ergebnis von Nr. 8 anzusehen. Das unangenehme Gefühl des Beobachtetwerdens würde automatisch Verunsicherung, diese wiederum eine Einschränkung, zumindest ständige Selbstkontrolle der Mimik nach sich ziehen.

Frage 10

"Ich muß mich dazu zwingen, meine Zahnprothese zu tragen".

Für 86 % der Befragten ist das Tragen der Prothese selbstverständlich geworden, während die übrigen sich dazu zwingen müssen.

Durch schwerwiegende, unten aufgeführte Funktionsmängel, wurde es den Letztgenannten unmöglich, die Phase des Fremdkörpergefühls zu überwinden, um zu einer Prothesenadaptation und weiterführend Inkorporation zu gelangen.

Dieselben Personen, die sich zwingen müssen, ihre Prothese zu tragen, gaben zum Teil an, daß sie nach Jahren noch nicht beschwerdefrei waren. Hauptsächlich richteten sich ihre Klagen gegen die Unterkieferprothese, die keinen guten Halt aufweist, oder durch Verstärkungen zu unangenehm ist. Unmöglichkeit mit den Prothesen zu essen und mangelhafter, kosmetischer Effekt, wurden als weitere Begründung ihrer Unzufriedenheit genannt.

Es ist verständlich, daß es für einen Prothesenträger, der sich täglich mit diesen Mängeln konfrontiert sieht, eine ständige Überwindung bedeutet, seinen Zahnersatz zu tragen.

Frage 18 und 12

"Es ist ein Glück, daß man die Möglichkeit hat, fehlende Zähne zu ersetzen".

"Künstliche Zähne sind ein notwendiges Übel".

Es war keine Überraschung zu erfahren, daß bis auf eine Person alle Befragten es als Glück betrachten, fehlende Zähne ersetzen zu können.

Frage 12

Jedoch ist es recht aufschlußreich, daß zwar 71 % über die Möglichkeit des Zahnersatzes froh sind, sie aber als Übel bezeichnen, das nicht zu umgehen ist. Nur 29 % teilen diese Auffassung nicht.

Die Tatsache, daß ein so hoher Prozentsatz künstliche Zähne als notwendiges Übel betrachtet, resultiert aus den bekannten unangenehmen Begleiterscheinungen, insbesondere der oft ungenügenden Haftung der Prothese. Aus den Reaktionen der Einzelnen klingt ein gewisses Sichabfinden mit dem Unvermeidlichen an.

Es erhebt sich die Frage, ob die Resignation zu Recht besteht oder Möglichkeiten gegeben sind, die noch in zu starkem Maße auftretenden Prothesenmängel auf ein Minimum zu beschränken.

Frage 13, 21 und 24

"Der Gedanke, daß andere Menschen an meinen künstlichen Zähnen Anstoß nehmen könnten, ist mir noch nie gekommen".

"Ich fürchte manchmal, andere Menschen könnten "falsche Zähne" abstoßend finden".

"Vor künstlichen Zähnen empfand ich schon immer einen Ekel".

Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint es zunächst positiv, daß nur 22 % - Frage 13 und 21 zusammengefaßt - befürchten, andere Menschen könnten an den künstlichen Zähnen Anstoß nehmen.

In Anbetracht der heutigen modernen und aufgeklärten Gesellschaft kann diese Erkenntnis jedoch nicht befriedigen und bedarf eines ausführlichen Kommentars.

Das Ergebnis läßt sich dahingehend interpretieren, daß bei dem Personenkreis selbst ein Widerwille gegen ihre Prothesen bestehen muß.

Ihre Abneigung richtet sich allem Anschein nach weniger gegen den Zahnersatz als die Tatsache der Zahnlosigkeit an sich, mit der sie psychisch nicht fertig werden können. Für sie ist Zahnverlust unbewußt identisch mit altern und bedeutet somit Einbuße der Jugend und Vitalität. Sie wehren sich gegen diese Vorstellung, und da die Prothese den Grund für ihr eigentliches Problem darstellt, richtet sich die ganze Abneigung gegen dieses Objekt.

Als logische Konsequenz folgt, daß die Betroffenen über den Grund ihrer negativen Einstellung zum Zahnersatz Klarheit gewinnen müssen, um ihn überwinden zu können. Gelingt dies nicht, wird ihre Prothese ein unüberwindlicher Fremdkörper bleiben.

Frage 24

Das eben gefundene Ergebnis wird durch das der Frage 24 bestätigt:

25 % empfanden schon immer vor
künstlichen Zähnen Ekel.

Kann man anhand gleicher Zahlenergebnisse die Bedeutung und Aussagekraft der Fragen 13 und 21 mit der von Nr. 24 gleichsetzen?

Man muß wohl bei der letztgenannten einen Unterschied beachten, der sich aus dem Wortlaut der Frage ergibt, der darauf hinzielt, ob bereits vor Eingliederung des totalen Zahnersatzes ein Ekelgefühl gegen denselben bestand.

Es liegt nahe, den Grund, der zu dieser abweisenden Haltung führte, zu eruieren.

Sowohl Erlebnisse von sozialhygienischem Charakter im Zusammenhang mit Totalprothesen, die in die Zeit vor der Eingliederung datiert werden, können einen Schock und daraus resultierenden Widerwillen gegen den Ersatz ausgelöst haben, als auch die vorher erwähnte Verquickung der Gedankengänge Zahnverlust = Älterwerden, die unter Umständen zu einem Prothesenkomplex führen, kommen als Ursachen in Betracht.

Die meisten Personen waren in der Lage, sich der neuen Situation - da sie nun selbst zum Kreis der Prothesenträger gehörten - anzupassen und ihre Einstellung zu revidieren. Das wurde bei ihnen durch den Ausruf, der auf die Frage 24 erfolgte: "Früher empfand ich schon Ekel, aber jetzt nicht mehr", deutlich.

Jedoch gelang es 24 % nicht, den Zahnersatz zu akzeptieren. Sie bedürfen besonderen Einfühlungsvermögens und taktvoller Hilfe von seiten des Zahnarztes, um zu einer Inkorporation ihres Ersatzes zu gelangen. Die Zeit, die der Zahnarzt hier vielleicht durch Gespräche verliert, gewinnt er andererseits dadurch zurück, daß Patienten, die zu einer positiven Einstellung gefunden haben, seine Hilfe wegen angeblicher Druckstellen oder Funktionsschwierigkeiten nicht in Anspruch nehmen werden.

Frage 14 und 27

"Meine Zahnprothesen geben mir im Umgang mit anderen Menschen Sicherheit".

"Ich fühle mich etwas gehemmt, seit ich künstliche Zähne habe".

95 % bestätigen bei Nr. 14, daß ihnen ihre Zahnprothesen im Umgang mit anderen Menschen Sicherheit verleihen und

91 % fühlen sich bei Frage 27 durch das Tragen künstlicher Zähne nicht gehemmt.

Auch hier wird völlige Übereinstimmung festgestellt. Verlust der Zähne bedeutet ein körperliches Gebrechen, das man vor den Augen der Mitmenschen verbergen möchte, um dem Anschein der Minderwertigkeit zu entgehen.

Das Gefühl, als andersartiges Mitglied der Gesellschaft angesehen zu werden, ruft Komplexe hervor, die wiederum Persönlichkeitseinbuße bedingen.

Durch den Ersatz verlorengegangener Zähne wird dieses Manko ausgeglichen und die Sicherheit wieder hergestellt.

Da beide Fragen (Nr. 14 und Nr. 27) lediglich die Alternative betreffen, entweder Sicherheit oder Unsicherheit durch Zahnersatz, und keine Aussage über die Qualität der Prothese verlangen, steht der Unsicherheitsfaktor bezüglich des Prothesenhaltes, wie er in Frage 2 zum Ausdruck kommt, in keinem Widerspruch zu dem eben gefundenen Resultat von Frage 14 und 27.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß durch den Ersatz verlorengegangener Zähne ein nach außen hin sichtbarer, organischer Defekt geheilt werden und zur Aufrechterhaltung der Persönlichkeit beitragen kann.

Frage 5 und 4

"Ich denke oft daran, daß ich künstliche Zähne habe".

"Meine Zahnprothesen sehen zwar gut aus, aber sie bleiben für mich ein Fremdkörper im Mund".

Die letzte Frage wurde von

63 % mit ja und

37 % mit nein beantwortet.

Warum es unmöglich werden kann, die Phase des Fremdkörpergefühls zu überwinden, wurde schon eingehend debattiert. Interessant wäre es jedoch zu erfahren, inwiefern es dabei Abstufungen gibt und wie ausgeprägt diese sind.

Die Antwort darauf geht aus den gemachten Untersuchungen nicht hervor und könnte Gegenstand einer weiteren detaillierten Befragung sein.

Hier kann man lediglich anhand des gegensätzlichen Bildes bei Frage 5 feststellen, daß Unterschiede in bezug auf die Ausgeprägtheit des Fremdkörpergefühls vorhanden sind:

Es erklärten nur 36 % oft daran zu denken,
daß sie künstliche Zähne tragen.

Also das genau umgekehrte Ergebnis zu Frage 4, wo 63 % in der Prothese den Fremdkörper sehen.

Man kann davon ausgehen, daß logischerweise die Antworten beider Fragen zahlenmäßig kongruent sein müßten, wenn Fremdkörpergefühl gleich Erinnerung an den Zahnersatz bedeuten würde, jedoch widerlegt das gegensätzliche Ergebnis beider Fragen diese Annahme.

Feststellen kann man, daß zwar der Fremdkörper Prothese registriert wird, die damit verbundenen Begleiterscheinungen jedoch in der überwiegenden Zahl der Fälle ohne Einfluß auf das Bewußtsein bleiben.

Frage 7 und 17

Kein Widerspruch ergibt sich bei den Fragen 7 und 17:

"Eine Zahnprothese zu tragen ist weniger schlimm, als ich früher gedacht hatte".

"Es ist unangenehmer als ich mir vorgestellt hatte, eine Zahnprothese zu tragen".

Es ist erfreulich, daß zusammengefaßt ca. 81 % ihre Befürchtungen bezüglich des Tragens einer Prothese nicht bestätigt fanden (bei 2 % nur für die Oberkieferprothese geltend), jedoch wurden bei 19 % die negativen Vorstellungen noch übertroffen.

Auch wenn für den weitaus größten Teil der Testpersonen das Tragen einer Zahnprothese weniger schlimm ist, als sie sich vorgestellt hatten, kann das Ergebnis noch nicht zufriedenstellen. Es wäre interessant zu wissen, aufgrund welcher Informationen oder eigener Vorstellungskraft die Erwartungen basierten.

Unzureichende sachliche Aufklärung, Versprechen von seiten des Zahnarztes, die sich nicht bewahrheiteten, oder die Tatsache, daß die Prothese mangelhaft war und der Patient nicht damit zurechtkommen konnte, mögen als Ursache in Betracht kommen.

Aus den angeführten Punkten ergeben sich die Konsequenzen, die gezogen werden sollten, um einen noch größeren Patientenkreis zu befriedigen:

- 1) Sachliche Information.
- 2) Objektive Arbeitsweise des Zahnarztes.
- 3) Anwendung optimaler Arbeitsmethoden und Materialien.
- 4) Berücksichtigung der Psyche des einzelnen Patienten.

Frage 20 und 25

"Ich denke manchmal, an den künstlichen Zähnen sieht man, daß man alt wird".

"Ich beneide manchmal junge Menschen um ihre gesunden Zähne".

Bemerkenswert und sowohl den bisherigen Ergebnissen als auch den Erwartungen widersprechend, ist das auf Frage 20 gefundene Ergebnis:

Für nur 25 % besteht zwischen dem Eingliedern einer Totalprothese und dem Älterwerden ein ursächlicher Zusammenhang, während 75 % diese Gedankenverbindung entschieden zurückweisen.

Jedoch stehen die Aussagen der letzten Gruppe in genau umgekehrtem Verhältnis zu den Resultaten der Frage 25:

Hier gaben 73 % zu, junge Menschen manchmal um ihre gesunden Zähne zu beneiden, wobei nur 27 % dies verneinten.

Auch durch die übertrieben heftige Zurückweisung - der in den meisten Fällen der Nachsatz folgte: "Ich kenne viel jüngere Menschen als mich, die schon eine Totalprothese tragen" - wurde deutlich, daß ihre dargelegte Haltung offensichtlich als Selbsttäuschung diene und nicht der Wahrheit entsprach.

Besonders in unserer, nach dem Leistungsprinzip ausgerichteten Gesellschaft, fällt es schwer, ehrlich zuzugeben, nicht mehr die Kraft und Energie eines jungen Menschen zu besitzen, aus Angst, abgewertet oder gar abgeschoben zu werden.

Die Aussage, junge Menschen um ihre gesunden Zähne zu beneiden, fällt daher viel leichter, da sie keine eigene Schwäche preisgibt. Um das Ergebnis richtig zu beurteilen, darf man nicht unberücksichtigt lassen, daß viele der befragten Personen inzwischen ein Alter erreicht hatten, in dem ein Zahnersatz erwartet wird und ihre ursprünglichen Gedanken und Empfindungen am Tag der Eingliederung der Prothese nicht mehr nachvollziehen können, ihre Aussage also nicht mehr als objektiv gewertet werden kann.

Frage 22 und 26

"Manche Speisen traue ich mich mit meinen Zahnprothesen in Gesellschaft anderer Menschen nicht zu essen".

"Mit meinen Zahnprothesen kann ich auch in Gesellschaft alles essen".

30 % - in beiden Antworten zusammengefaßt - haben Hemmungen, in Gesellschaft anderer alles zu essen. Auf das Problem der unzureichenden Saugkraft der Prothese und der daraus resultierenden Unsicherheit im Umgang mit Menschen, wurde in der Auswertung anderer Fragen bereits eingegangen und soll hier nur als Tatsache festgehalten werden.

Frage 16 und 18

"Ich trage meine Zahnprothesen nur selten".

"Es ist ein Glück, daß man die Möglichkeit hat, fehlende Zähne zu ersetzen".

Die Bedeutung der Prothese in gesellschaftlich-sozialer Hinsicht kommt durch die Übereinstimmung dieser Ergebnisse klar zum Ausdruck. Es lautet für beide Fragen:

92,5 % tragen ihre Zahnprothesen immer
7,5 % nur selten.

Trotz zahlreicher Adaptationsschwierigkeiten ist die Prothese für die überwiegende Mehrheit zum Bestandteil ihrer Persönlichkeit geworden, auf den sie nicht verzichten können.

In diesem Zusammenhang bleibt als interessante Tatsache festzuhalten, daß von den 14 % bei Frage 10, die sich zum Tragen ihres Ersatzes zwingen müssen, dennoch 10 % angaben, ihre Prothese im täglichen Leben auf keinen Fall missen zu wollen.

b) Informationsfragen

- Frage 1 und 4 -

"Weshalb kamen Sie zum Zahnarzt?"

"Hat Ihnen der Zahnarzt die Zähne gezogen? Warum? Waren sie locker? Saßen sie auf Eiter?"

Anhand der Antworten ergab sich, daß die Fragen 1 und 4 bei der Auswertung zusammengefaßt werden konnten:

98 % der befragten Personen suchten nur dann den Zahnarzt auf, wenn sie unerträgliche Zahnschmerzen bekamen oder die Zähne so weitgehend zerstört waren, daß in beiden Fällen als Mittel der Wahl die Extraktion in Frage kam.

Lediglich die restlichen

2 % gaben an, daß sie regelmäßig zu Routineuntersuchungen den Zahnarzt aufsuchten.

Als Extraktionsgründe wurden angeführt von

13 % Paradontose

87 % daß die Zähne teils auf Eiter saßen, zerstört oder locker waren.

Aus den Gesprächen möchte ich folgende Passagen wörtlich wiedergeben, da sie in mehreren Beziehungen für sich sprechen und bezeichnend sind:

Meine Zähne mußten gezogen werden:

"Da sie so klein und abgekaut waren".

"Weil sie ungleich ausgewachsen waren".

"Weil ich auf dem Land wohnte und nicht zum Zahnarzt gehen konnte".

"Da mir vorn Zähne fehlten und der Zahnarzt mir riet, die anderen mitziehen zu lassen, damit man alles in einem machen kann".

"Weil ich nur noch Wurzelreste hatte".

"Meine Oberkieferfrontzähne saßen auf Eiter, da habe ich die Seitenzähne gleich mitziehen lassen, um meine Ruhe zu haben".

Da interessant - und ergänzend zu dem Vorhergesagten - möchte ich die nachstehend aufgeführten Untersuchungsergebnisse von V e i g e l , H. (14), heranziehen:

Er stellte fest, daß die Regelmäßigkeit, mit welcher der Zahnarzt aufgesucht wird, in erster Linie von Erziehung, Bildung und Aufklärung, in zweiter Linie von der Größe des Gemeinwesens und damit wohl auch von der Zahnarztdichte und schließlich von den Versicherungsbedingungen und Einkommensverhältnissen abhängt.

Veigel bezeichnet es als evident, daß sich Fernsehen und Publikumszeitschriften hinsichtlich der Aufklärung günstig auswirken.

Zweifellos liegen aber auch noch andere Gründe vor - wie er weiter festhielt -, wenn der Zahnarzt unregelmäßig aufgesucht wird.

Gefragt wurden in diesem Fall nur die Gruppe derjenigen, die den Zahnarzt lediglich bei Vorliegen von Zahnschmerzen aufsuchen.

Von den Personen wurde

- in 25 % die Angst,
- in 75 % die Nachlässigkeit,
- in 5 % die Kosten und
- in 3 % mangelndes Vertrauen oder mehrere Gründe gleichzeitig angegeben.

Diese Ergebnisse dürften den Kenner der Materie überraschen:

Zumindest hinsichtlich der Angst und der Kosten waren nach vielfacher Auffassung höhere Werte zu erwarten gewesen.

Hier zeigt sich völlige Übereinstimmung zu meinen Untersuchungen.

Die grafische Darstellung veranschaulicht Prozentsatz und Alter der Interviewten zum Zeitpunkt ihres Zahnverlustes, wobei der besseren Übersicht halber jeweils 5 Jahre zu einem Block zusammengefaßt wurden.



Grafische Darstellung 1

Frage 2

"Wie alt waren Sie, als Sie Ihre eigenen Zähne verloren?"

Als Durchschnittsalter für den Zahnverlust wurden von mir bei der Ergebnisauswertung 57,2 Jahre ermittelt.

Aufschluß darüber gibt die grafische Darstellung ¹ sowie die nachfolgende Detaillierung.

Bis zum Alter von 50 Jahren hatten 32 % totalen Zahnverlust zu beklagen, bis 60 Jahre waren es 60 %.

Nach der Häufigkeit ergaben sich folgende Altersangaben:

	8 %	mit 50 Jahren
je	7 %	mit 67 und 60 Jahren
	6 %	mit 65 Jahren
je	5 %	mit 48 und 70 Jahren
je	4 %	mit 43, 45, 52, 62 und 68 Jahren
je	3 %	mit 54, 55 und 59 Jahren
je	2 %	mit 31, 37, 47, 51, 56, 57, 63, 66, 78 und 80 Jahren
je	1 %	mit 21, 30, 36, 40, 49, 53, 58, 64, 72, 73, 75, 81 und 82 Jahren

68 % der Befragten waren über 50 Jahre alt,
als sie ihre Zähne verloren und

32 % unter 50 Jahre.

Frage 3

"Haben Sie zuerst im Oberkiefer oder Unterkiefer alle Zähne verloren?"

- 80 % verloren ihre Zähne zuerst im Oberkiefer
- 11 % im Unterkiefer und
- 9 % verloren die Zähne im Oberkiefer und Unterkiefer gleichzeitig.

Diese Zahlen entsprechen den erwarteten Werten und bestätigen nebenbei die höhere Insuffizienz der Zähne des Oberkiefers.

Frage 5

"War es Ihnen recht, daß diese Zähne gezogen wurden, oder hätten Sie sie lieber behalten?"

- 66 % antworteten mit "ja"
- 31 % hätten sie lieber behalten
- 3 % war es gleichgültig, was mit ihren Zähnen geschah.

Es ist schon erstaunlich, daß weit über die Hälfte der Interviewten froh war, daß die Zähne extrahiert wurden, besonders aufschlußreich ist jedoch die Einzelauswertung:

Der überwiegende Teil der 66 % begrüßte die Extraktion wegen quälender Zahnschmerzen, andere gaben Mundgeruch und Ästhetik an. Einige Personen ließen sich mehr Zähne als nötig auf ihre eigenen Bitten hin ziehen. Eine Totalprothese hielten sie für angenehmer, als regelmäßige zahnärztliche Kontrollen - gegebenenfalls Behandlungen - ertragen zu müssen.

Von denjenigen, die mit ja antworteten, wurde betont, daß sie die gesunden Zähne (meistens die Incisivi im Oberkiefer oder Unterkiefer), die nur extrahiert wurden, damit eine Totalprothese angefertigt werden konnte, lieber behalten hätten.

Es ist erstaunlich, wie indifferent die meisten einer Extraktion im Seitenzahnbereich gegenüberstehen.

Sobald es sich aber um die Zähne im Frontzahnggebiet, also ein nach außen hin für jeden sichtbaren Bereich handelt, möchten sie plötzlich die Zähne um jeden Preis erhalten.

Interessant ist die Differenzierung des eben gefundenen Ergebnisses:

Vergleich zwischen Männern und Frauen bezüglich der Einstellung zur Zahnextraktion.

Dazu die Tabelle:

		Männer	Frauen
I	grundsätzlich einverstanden	59 %	52,5 %
II	einverstanden wegen Schmerzen	7,5 %	9,8 %
III	gefügt in das Unvermeidliche	5,3 %	9,8 %
IV	Zähne teils vereitert, Restzahnbestand auf eigenen Wunsch mitextrahiert	2,5 %	-
V	einverstanden wegen Mundgeruch und Ästhetik	-	5,0 %
VI	grundsätzlich nicht einverstanden	18 %	21,3 %
VII	Extraktion wegen Herdausschaltung (Rheuma, Herzkrankheiten)	7,7 %	1,6 %

Tab. 2

Für jeden einzelnen Punkt kann bei der Gegenüberstellung kein essentieller Unterschied festgestellt werden, jedoch ergibt sich aus dem Gesamtbild eine für jedes Geschlecht eigene und sicher auch erwartete Tendenz.

Bei den Männern scheint es der größere Gleichmut, vielleicht auch Gleichgültigkeit gegenüber dem Äußeren zu sein, denn die physiognomischen Probleme sind es doch zunächst, mit denen sich der Patient bei der Frage: "Zahnextraktion, ja oder nein?" am stärksten konfrontiert sieht.

Frauen dagegen stehen einer Extraktion grundsätzlich ablehnender gegenüber, was ein Vergleich der Spalten I, IV und VI deutlich veranschaulicht.

Hieraus ergeben sich zweifellos Konsequenzen für den behandelnden Zahnarzt, der - nicht um letzten Endes den Erfolg für sich zu verzeichnen - durch Verständnis, Einfühlungsvermögen und erzieherische Hilfe den Weg zur Protheseninkorporation erleichtert.

Die Rubrik V läßt erkennen, daß Frauen auf Äußerlichkeiten mehr Wert legen. Obwohl sie eine Extraktion grundsätzlich stärker negieren als Männer, befürworten 5 % sie aus ästhetischen Gründen.

Allgemein läßt sich daraus schließen, daß das intakte Gebiß oder eine optimale orale Rehabilitation, besonders für die Frau, Bedeutung als Schmuck und Ausdruck der Schönheit gewinnt.

Erwähnenswert ist auch ein Vergleich der Spalten II und III, der darlegt, daß Frauen, wenn sie das Unvermeidliche eingesehen und akzeptiert haben, sich der Situation eher anpassen als Männer.

Frage 6

"Hat Ihnen Ihr Zahnarzt geraten, die Zähne ziehen zu lassen?"

Bei der Mehrheit wurden die Zähne auf Anraten des Zahnarztes extrahiert.

Sie machten 83 % aus.

6 % wurden sie auf ihre eigene Initiative hin gezogen

bei 7 % waren Zahnarzt und Patient gleichermaßen einverstanden

2 % wurden vom Arzt überwiesen

und wiederum 2 % konnten sich nicht mehr erinnern.

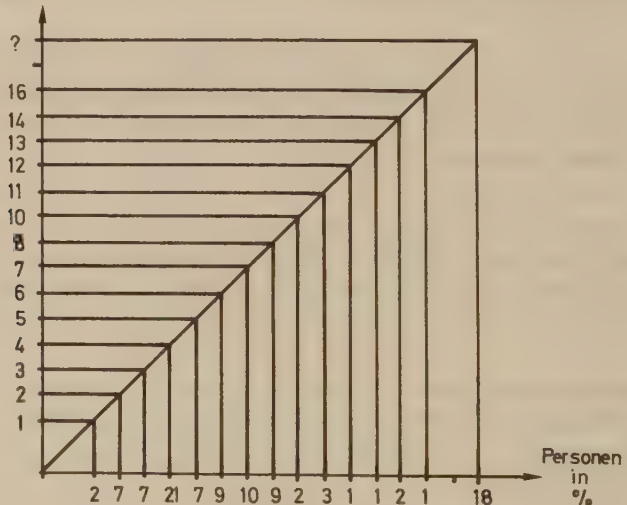
Frage 7

"Wieviel Zähne wurden Ihnen zuletzt gezogen?"

Antwort darauf gibt zunächst die grafische Übersicht:

Zahl der extrahierten
Zähne

Aufschlüsse-
lung der zu-
letzt gezo-
genen Zähne
der Befrag-
ten.



Grafik 2

Besonders markant ist die Erklärung von 21 %, daß ihnen zuletzt 4 Incisivi extrahiert wurden sowie Angaben über 11, 12, 13 und 16 Zahnextraktionen.

Denkt man an die symbolische Bedeutung der Zähne, kann es nicht weiter überraschen, daß 82 % sich noch genau an die Zahl der ihnen zuletzt gezogenen Zähne erinnern konnten.

Die durchschnittliche Extraktionszahl liegt bei 6 pro Person, erstaunlich hoch!

Weiter fällt auf, daß 21 % erklärten, zuletzt 4 Zähne gezogen bekommen zu haben, wobei es sich fast ausschließlich um die 4 Incisivi im Oberkiefer oder Unterkiefer, meistens jedoch im Unterkiefer, handelte.

Wie erwähnt, steht also an 1. Stelle die Zahl

	4	bei	21 %
gefolgt von	7	bei	10 % und
	8	bei	9 %.

Außerdem sind Angaben über 4 Fälle mit 11, 12, 13 und 16 Extraktionen bemerkenswert (siehe Grafik).

Es erhebt sich die Frage, wo die Ursache für die hohen Extraktionszahlen liegt.

Ist die Schuld bei den Patienten zu suchen, die tatsächlich zu selten zum Zahnarzt gehen und hauptsächlich extraktionsreife Zähne vorweisen, oder sind es die Zahnärzte selbst, die aus Bequemlichkeit - oder finanziellen Gründen - eine Extraktion einer länger dauernden konservativen Behandlung, evtl. sogar Wurzelkanalbehandlung, vorziehen? Auch Überarbeitung des Zahnarztes wäre ein zu berücksichtigender Faktor, denn sorgfältige Planung mit den dazugehörigen vorbereitenden Maßnahmen, wie sie für größere prothetische Versorgung unerblich sind, kommen dabei zu kurz, da sie mit erhöhtem Zeitaufwand verbunden sind.

Dieser Punkt ist sicher nicht zuletzt ein organisatorisches Problem, das im Zeitalter der ergonomischen Praxisführung gelöst werden könnte und sollte, denn viele Patienten sind in der Lage und dazu bereit, für eine optimale Versorgung ihres Gebisses mehr Geld auszugeben, als es für eine partielle Klammerprothese nötig ist. Nur müssen sie auf eine solche Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, was der Hand des Zahnarztes obliegt.

Das Problem ergab sich noch deutlicher bei der Frage Nr. 17, auf die in diesem Zusammenhang hingewiesen werden soll.

Abgerundet wird dieses Bild durch Ausführungen von
S c h u l t e , W. (11) .

Er stellte in seinen Untersuchungen über Schmerz, Angst und Anästhesie eine Wechselwirkung zwischen der Regelmäßigkeit des Zahnarztbesuches und Ressentiments fest:

Die Mehrzahl der Bundesbürger mit Ressentiments begibt sich nur bei bestehenden Schmerzen in Behandlung.

Er schreibt weiter:

"Wenn wir wissen, daß heute fast jede Behandlung schmerzlos ausgeführt werden kann, die Mehrzahl unserer Patienten dies aber nicht weiß und Schmerzen erduldet, dann besteht hier eine tiefe Kluft zwischen unserem Tun und den uns gegebenen ärztlichen Möglichkeiten. Die überkommene Gewohnheit mag die Ursache für diese Kluft sein. Sie kann aber nicht entschuldigen. Heute ist offensichtlich der Schmerz bei der Präparation für die meisten unserer Patienten zur Selbstverständlichkeit geworden. Wäre ihnen stattdessen der Einstichschmerz der örtlichen Betäubung durch ihre regelmäßige Anwendung selbstverständlich, so würden die kariogenen Gebißschäden sehr wahrscheinlich einen weit geringeren Umfang haben".

Frage 8

Auf die Frage: "Hat Ihnen Ihr Zahnarzt gesagt, daß Sie mit Ihren neuen Prothesen gut kauen können, oder hat er Sie darauf hingewiesen, daß Sie sich daran gewöhnen müssen?", antworteten

- 60 % : er habe sie darauf hingewiesen (bei
2 % besonders auf Unterkiefer)
- 19 % : der Zahnarzt sagte, sie könnten gut
kauen, wobei 13 Personen nicht er-
innerlich war, ob diese Prognose
zutraf, während sie bei
1 % richtig war und bei
5 % nicht stimmte.
- 14 % antworteten, daß der Zahnarzt nichts
gesagt hatte,
- 7 % konnten sich nicht erinnern.

Bei der Auswertung auf Frage 11 ergab sich, daß Patienten, die von ihrem Zahnarzt auf eine Gewöhnungszeit aufmerksam gemacht wurden, die Prothesenadaptation leichter fiel als denjenigen, die keine Information erhielten.

Frage 9

"Konnten Sie mit den neuen Prothesen sofort essen und sprechen? Wenn nein, warum nicht?"

Zunächst die Aufstellung zu Frage 9:

	%	Begründungen
ja	52	
essen ja sprechen nein	5	stießen mit Zunge an
sprechen ja essen nein	23	ungewohnt 4 % Druckstellen 10 % Prothesen hielten nicht (besonders UK) 6 % Brechreiz 1 % Zähne stumpf 1 % Angst, daß Prothesen brechen 1 %
nein	20	Begründungen der 2. und 3. Spalte zusammen werden angeführt.

Tab. 3

Über die Hälfte, 52 % konnten mit den neuen Prothesen sofort essen und sprechen.

5 % konnten damit essen, aber nicht sprechen, weil sie mit der Zunge anstießen.

23 % konnten sofort damit sprechen, aber aus unterschiedlichen Gründen nicht essen:

An erster Stelle gaben sie dafür Druckstellen an, gefolgt von dem Gefühl des Ungewohnten; dann mangelnder Halt der Unterkieferprothese; Brechreiz; Angst, daß Speisen hängen bleiben oder die Prothesen brechen würden; weil die Zähne so stumpf waren.

Bei den 20 %, die weder sprechen noch damit essen konnten, wiederholen sich die vorgenannten Begründungen.

Aus den angeführten Beschwerden lassen sich Konsequenzen ziehen, die eine Verbesserung der Abformung zahnloser Kiefer und Gestaltung der Prothese zum Ziele haben. An dieser Stelle sei noch einmal betont, daß auf die individuellen oralen Verhältnisse besondere Rücksicht genommen werden muß.

Daß die Aussagen hinsichtlich der Beschwerdedauer eine recht erhebliche Schwankungsbreite ergaben, war in dem Maße nicht zu erwarten.

Die entsprechende Frage lautete:

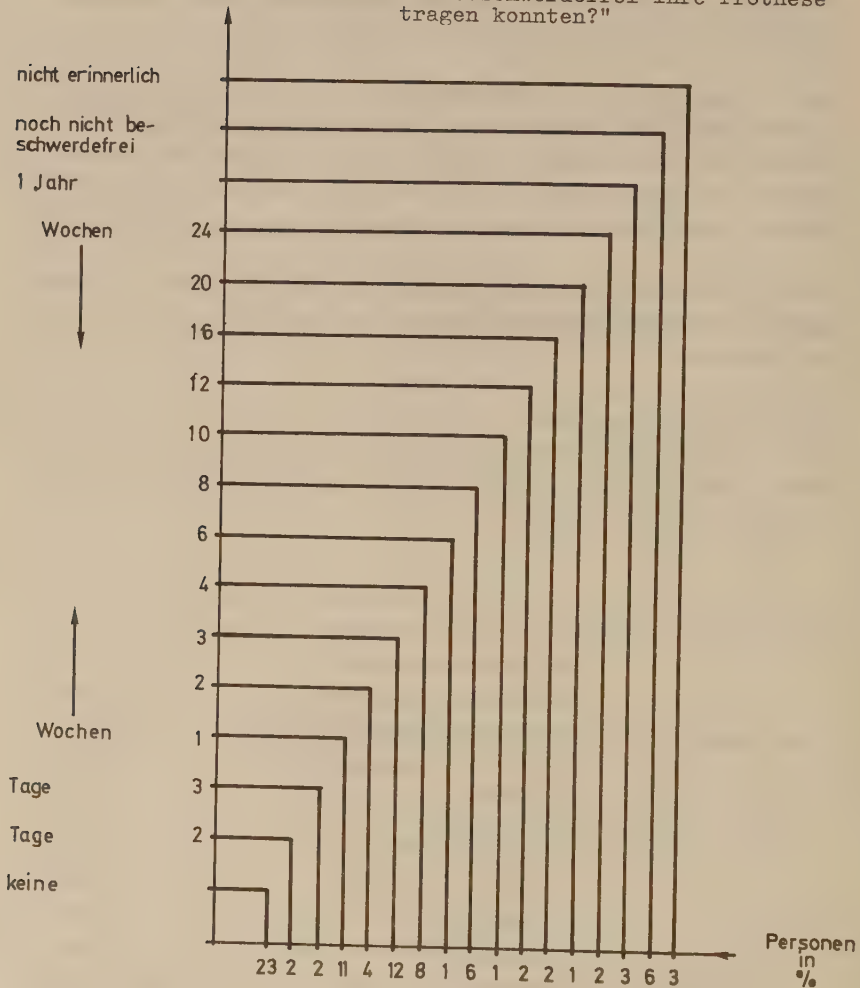
"Wie lange hat es gedauert, bis Sie beschwerdefrei Ihre Prothese tragen konnten?"

Die Grafik 3 stellt das Ergebnis übersichtlich dar:

Keine Beschwerden:	23 %
nicht rememberlich:	3 %
noch nicht beschwerdefrei:	6 %
2 Tage:	2 %
3 Tage:	2 %
1 Woche:	11 %
2 Wochen:	4 %
3 Wochen:	12 %
4 Wochen:	8 %
6 Wochen:	1 %
8 Wochen:	6 %
10 Wochen:	1 %
12 Wochen:	2 %
16 Wochen:	2 %
20 Wochen:	1 %
24 Wochen:	2 %
1 Jahr:	3 %

Frage 10:

"Wie lange hat es gedauert, bis Sie beschwerdefrei Ihre Prothese tragen konnten?"



Grafik 3

Zusammenstellung der Aussagen der Interviewten im Hinblick auf die Beschwerdedauer nach der Protheseneingliederung.

Einige Besonderheiten sollen der Vollständigkeit halber differenziert aufgeführt werden.

Es hatten:

Im Oberkiefer keine Beschwerden -
 Unterkiefer 3 Wochen 2 %

im Oberkiefer keine Beschwerden -
 Unterkiefer 2 Wochen 1 %

im Oberkiefer keine Beschwerden -
 Unterkiefer 24 Wochen 2 %

im Oberkiefer keine Beschwerden -
 Unterkiefer jetzt noch 2 %

im Unterkiefer keine Beschwerden -
 Oberkiefer 10 Tage 1 %

K u r l j a n d s k i j , W.J. (7), machte Versuche hinsichtlich der Gewöhnung der Totalprothese. Auf Grund seiner Beobachtungen gliederte er dann den Mechanismus der Gewöhnung in 3 Phasen:

1. Phase: der Reizung, Tag der Eingliederung der Prothese, mit dem Auftreten charakteristischer Sensationen:
 Speichelfluß, veränderte Aussprache und Lautbildung, Lispeln, veränderte Kaukraft, gespannte Lippen und Wangen, häufiges Auftreten von Brechreflexen.

2. Phase: wieder eintretende partielle Rindendrosselung in bezug auf das Fremdkörpergefühl. Sie dauert vom 1. bis 5. Tag.

Die in der 1. Phase genannten Phänomene gehen auf ein normales Maß zurück.

In der

3. Phase

erfolgt die totale Drosselung.

Sie dauert vom 5. bis 33. Tag nach dem Einsetzen der Prothese. Von jetzt an empfindet der Patient seine Prothese nicht mehr als Fremdkörper, sondern kann sie im Gegenteil nicht mehr entbehren.

K u r l j a n d s k i j , W.J. (7), setzt als äußerste Frist der Gewöhnung an die Prothese den 33. Tag. Dieser Termin darf nicht überschritten werden, wenn eine Adaptation gewährleistet werden soll.

Bei der Auswertung des Tests ergab sich, daß $1/4$ der Befragten die geforderte äußerste Grenzfrist teilweise sogar erheblich überschritten haben.

2 Punkte können dafür ausschlaggebend sein:

1. Diese Patienten waren aus rein psychischen Gründen nicht in der Lage, den anfänglichen Fremdkörper Prothese zu assimilieren und somit das Fremdkörpergefühl zu eliminieren, um die 3. Phase der totalen Drosselung zu erreichen. Sie bleiben in der 2. Phase stecken, was durch ständige Beschwerden zum Ausdruck kommt.

Diese Möglichkeit bleibt sicher auf einzelne Personen beschränkt.
2. Die Unfähigkeit zur Adaptation liegt in der unzureichenden Prothesengestaltung. Daraus ergibt sich die Forderung, die Form der Prothese nicht zu diktieren, sondern - wie bereits an anderer Stelle dargelegt - den individuellen Gegebenheiten anzupassen. Zahnersatz kann nicht gleichbedeutend sein mit Zahnaustausch, denn Adaptation der Prothese erfordert Harmonie in psychischer und physischer Hinsicht.

Frage 11

Eine reichhaltige Antwortpalette brachte die Frage:

"Was hat Sie an den neuen Prothesen am meisten gestört?"

Recht erfreulich ist, daß 36 % nichts auszusetzen hatten, wobei betont werden muß, daß Druckstellen nach der Protheseneingliederung von denjenigen, die auf eine Eingewöhnungszeit hingewiesen wurden, als selbstverständlich und nicht als Störfaktor empfunden wurden.

Als Beschwerden gaben an:

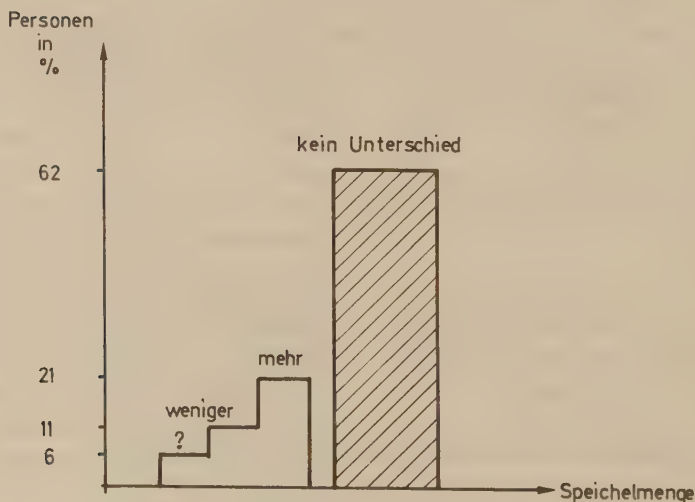
	14 %	mangelhaften Halt
	20 %	Druckstellen
	10 %	Fremdkörpergefühl
	8 %	die Gaumenplatte
	5 %	Verstärkung im Unterkiefer
	3 %	Brechreiz
je	2 %	Geschmacksbeeinträchtigung, zu wenig Platz für die Zunge, Unterkieferprothese zu rau und scharf, konnte nicht alles beißen.
je	1 %	Druck an der letzten Extraktionswunde, Haftpulver, Zahnstellung nicht wie früher (eingefallene Lippen), im Unterkiefer Zahnfleisch eingeklemmt, Trockenheit, Schwierigkeiten beim Einsetzen und Herausnehmen, Zähne zu stumpf, Okklusionsstörungen im Seitenzahnbereich.
	1 %	konnte sich nicht erinnern.

Aufgrund von Doppelnennungen wurden nicht 100 % erreicht. Dieses Ergebnis bestätigt, daß sich im großen und ganzen die Schwierigkeiten und Probleme der Prothesenträger wiederholen. Aus dieser Erkenntnis sollten Konsequenzen gezogen werden, sei es von seiten des behandelnden Zahnarztes oder der Industrie mit ihren Forschungslaboratorien (vergleiche auch Frage 10).

Frage 12

"Wenn Sie die neuen Prothesen im Mund hatten, hatten Sie dann im Vergleich zu früher mehr oder weniger Speichel?"

Das Ergebnis stellt sich in der folgenden Zeichnung
- Nr. 4 - dar:



Grafische Darstellung 4

Trotz aller Eindeutigkeit des Ergebnisses muß einkalkuliert werden, daß fehlendes Erinnerungsvermögen das Resultat verfälscht haben kann, also nicht objektiv verwertbar ist; es bietet lediglich einen Anhaltspunkt.

So betrachtet ist es als durchaus erfreulich zu bezeichnen, denn selbst wenn - was anzunehmen ist - sich bei einem grösseren Prozentsatz als angegeben, nach der Protheseneingliederung vermehrter Speichelfluß gezeigt hat, so deutet das jetzige Resultat darauf hin, daß sich diese anfängliche charakteristische Erscheinung innerhalb der Gewöhnungszeit auf das normale Maß zurückgebildet hat.

Eine solche Analyse läßt den Schluß auf einen positiven Assimilationsprozeß des Prothesenträgers mit seinem Zahnersatz zu.

Frage 13

Als zu erwartende Tatsache sind die Aussagen auf Frage 13:

"Hatten Sie früher schon einen Zahnersatz, wenn ja, welchen?"
zu werten:

Für 9 % war die Totalprothese der 1. Zahnersatz und

91 % trugen vorher meist partielle Klammerprothesen oder Brücken.

Hier fiel als Nebenergebnis auf, daß kaum einem Patienten der Unterschied zwischen Teilprothese und Brücke bekannt war; die Begriffe gingen ineinander über und bedurften einer genaueren Erklärung.

Lediglich diejenigen, die als Zahnersatz beides kennengelernt hatten, konnten differenzieren. Sie waren jedoch in der Minderzahl.

Der Sachverhalt zeigt wieder einmal deutlich die Unkenntnis des Patienten über die Möglichkeiten der Gebißsanierung und sollte für Zahnärzte und Informationsträger Anreiz in dieser Richtung bieten.

Frage 14

"War Ihnen dieser Zahnersatz angenehm?"

(Gemeint ist der frühere partielle Ersatz).

Aufschluß darüber, ob die bei der vorhergehenden Frage ermittelten 91 % mit ihrem Zahnersatz zufrieden waren, gibt die Auswertung auf Frage 14:

- 66 % antworteten mit "ja" und immerhin
- 23 % mit "nein"
- 2 % konnten sich nicht mehr erinnern.

Von größerer Bedeutung sind hingegen die Begründungen, die zu dem Ergebnis führten:

Von den Interviewten, die mit "ja" antworteten, wurde hauptsächlich geltend gemacht, daß

- die Platten so schmal waren -
- sie besser damit kauen und sprechen konnten -
- der Ersatz besser hielt -
- daß sie ihn kaum spürten - .

Für diejenigen, die den Ersatz als unangenehm empfanden, waren folgende Gründe ausschlaggebend:

- Schmerzen an den Klammerzähnen -
(stand mit Abstand an erster Stelle)
- "faulen" der Klammerzähne -

Als weitere Gründe wurden genannt:

- konnten nicht damit essen -
- Prothesen saßen nicht -
- unsicheres Gefühl -
- Speiseretention an den Klammern - und
- Abbrechen derselben -.

Nicht befriedigen kann, daß zwar

66 % mit ihrem früheren Zahnersatz zufrieden waren,

23 % jedoch nicht.

Die Gründe der letzteren Gruppe sind so gravierend, daß sie das bei oberflächlicher Betrachtung positiv erscheinende Ergebnis in seinem Wert abschwächen.

Die Patientenaussagen:

"Lieber eine Totalprothese, als die Schmerzen und den Ärger mit den Klammerzähnen zu erdulden", geben zu denken.

Für den Zahnarzt stellt sich die Aufgabe, die gebotenen Möglichkeiten auszuschöpfen und - wie an anderer Stelle bereits erwähnt - die Patienten auf diese aufmerksam zu machen.

Frage 15

Die Antworten auf Frage 15:

"Können Sie alles essen, oder zerschneiden Sie Brot oder Äpfel vorher in kleine Stücke?",

gliedert sich in 3 Gruppen:

"Ich kann alles essen"	gaben 21 % an
"Ich zerschneide Äpfel und Brot"	gaben 50 % an
"Ich zerschneide nur Äpfel"	gaben 29 % an.

Obwohl 79 % besonders harte Speisen, wie Äpfel und Brot mit harter Rinde, zerschneiden, kann man davon ausgehen, daß bei dem Genuß dieser Nahrungsmittel keine unbedingte Einschränkung der Ernährungsgewohnheit allgemein besteht und dieser Zustand zumutbar ist, da in unserer Ernährungskultur die Zerkleinerung harter Nahrung generell praktiziert wird.

Ein Widerspruch zu den Fragen 22 und 26 ist daher nicht gegeben, weil diese sich auf den Prothesenhalt in jeglicher Situation beziehen.

Von besonderem Interesse sind die Aussagen zahlreicher Personen, daß sie nicht wegen mangelhaften Prothesenhaltes Äpfel zerschneiden, sondern aus Angst, daß Zähne abbrechen könnten, was ihnen bereits widerfahren ist. Eine Verbesserung der Materialien gilt es hier zu erreichen.

Frage 16

"Haftet Ihre Prothese gut?"

Die Auswertung - zunächst nach "ja" und "nein" gegliedert - ergibt folgendes Bild:

ja :	77 %
nein :	6 %
OK ja UK nein :	14 %
UK ja OK nein :	3 %

Besondere Bedeutung erlangt die Differenzierung:

Von den Personen, die mit "ja" antworteten, begründeten

- 5 % dies damit, daß ihre Oberkieferprothese mit einem Sauger versehen war und
- 6 % weil die Unterkieferprothese eine Blei-
einlage aufwies.

Es ist alarmierend, daß noch bei 5 % der Zahnersatzträger ein Sauger verwendet wurde, obwohl eindeutig feststeht, daß dieses Mittel zur Erhöhung des Prothesenhaltes sich als mehr schädigend denn nutzbringend erwiesen hat und als Kunstfehler betrachtet werden kann.

Die Zusatzfrage: "Benutzen Sie Haftpulver?", ergab ein bemerkenswertes Resultat:

Viele hatten es ausprobiert, waren jedoch - bis auf wenige Ausnahmen - wieder davon abgekommen. Den meisten verursachte es ein "unangenehmes Gefühl", einige klagten über Brechreiz, für andere brachte es keinen Erfolg und eine letzte Gruppe erklärte es als zu schmierig im Munde.

Lediglich 8 % gaben an, Haftpulver zu benutzen.

Es zeigte sich folgender Verwendungsbereich:

- 1 % für Unterkieferprothese
- 7 % für Oberkiefer und Unterkiefer
- 2 % nur zum Ausgehen
- 1 % an Druckstellen
- 4 % da die Prothesen sonst nicht sitzen.

Obwohl 23 % mit dem Halt ihres Ersatzes unzufrieden waren, benutzten nur etwa 1/3 dieser Personen Haftpulver, da es sich als unangenehm oder erfolglos erwies und somit nur eine zusätzliche Belastung und keine Erleichterung für den Prothesenträger bedeutet.

Frage 17

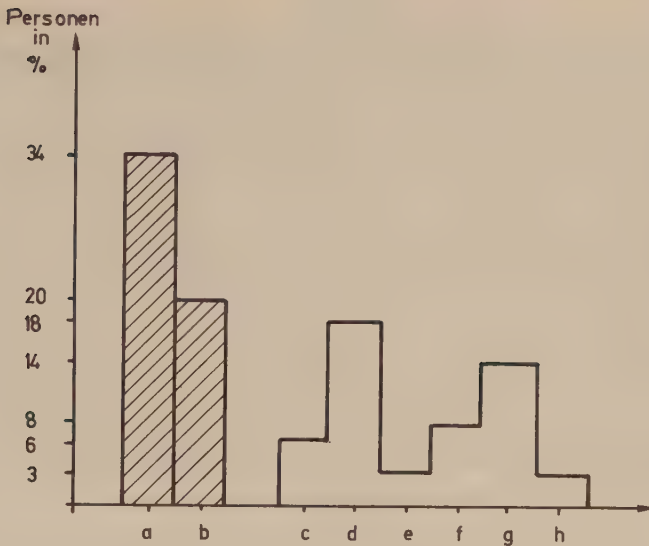
Als unzumutbar, da nicht verstanden, erwies sich die Frage 17:

"Wurde Ihnen aus Kostengründen zu einer Totalprothese geraten, oder hätten Sie - um Ihre eigenen Zähne zu behalten - auch mehr bezahlt, selbst wenn die Kasse keinen Zuschuß gegeben hätte?"

Trotzdem ist das Ergebnis um so aufschlußreicher, da es als Beweis für die bei anderen Fragen gemachten Beobachtungen hinsichtlich der unzureichenden Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten der oralen Rehabilitation angesehen werden kann.

Füllungen, partielle Klammerprothesen und Totalprothesen sind in den Augen der Patienten die Alternativen für eine Gebißsanierung. Hier tut sich ein weites Feld der Patientenaufklärung auf, an erster Stelle für den Zahnarzt, aber auch für Rundfunk, Presse und Fernsehen.

Nach ausführlichen Erläuterungen ergab sich folgendes Bild, wobei auch Doppelangaben gemacht wurden (Grafik 5) :



Grafik 5

Die nähere Erklärung der Zeichnung folgt im anschließenden Text:

a =	grundsätzlich mehr bezahlt	34 %
b =	hätten nicht mehr bezahlen können	20 %
c =	wollten unbedingt eine Totalprothese (um dem Ärger mit den eigenen Zähnen endgültig zu entgehen)	6 %
d =	nach ihren Angaben bestand keine andere Möglichkeit, da sie entweder keine Zähne mehr hatten oder alle Zähne extrahiert werden mußten	18 %
e =	keine Angaben	3 %
f =	verließen sich auf den Rat des Zahnarztes	8 %
g =	nicht darüber gesprochen	14 %
h =	Sonderfälle	3 %

Die Aussagen der zu Gruppe "h" gehörigen 3 % sind es wert, besonders hervorgehoben zu werden. Sie sagten wörtlich:

"Ich habe dem Zahnarzt vorgeschlagen, etwas anderes zu machen, zu verbessern, er hat jedoch abgeraten."

Leider war nicht mehr zu eruieren, aus welchen Gründen der Zahnarzt ablehnte, jedoch schließt die Aussage der Patienten Möglichkeiten ein, die zu denken geben.

Deutlicher und Irrtümer ausschließend, sind dagegen die Berichte zweier Patienten, die erklärten, daß zur Versorgung ihres Gebisses mehrere Brücken nötig gewesen wären, der Zahnarzt diese Lösung jedoch als "zu unbequem" abwies und stattdessen die Restzähne extrahierte, um einem totalen Zahnersatz den Vorzug zu geben.

Im Zusammenhang mit der Aufklärung der Öffentlichkeit geben die von V e i g e l , H. (14), gemachten Untersuchungen eindrucksvolle Ergebnisse:

Auf die Frage:

"Haben Sie den Eindruck, daß man in der Öffentlichkeit genügend weiß über

- a) die Bedeutung der Zähne für die Gesundheit
- b) die Wichtigkeit der Zahnpflege
- c) die Notwendigkeit der frühzeitigen Behandlung von Zahnschäden?"

entfielen

- 39 Ja- und 61 Nein-Stimmen auf Frage a),
- 51 Ja- und 49 Nein-Stimmen auf Frage b) und
- 47 Ja- und 53 Nein-Stimmen auf Frage c).

Die Fragen zusammenfassend kann gesagt werden, daß jeweils mehr als die Hälfte der Interviewten der Überzeugung ist, daß die Öffentlichkeit nicht genügend darüber unterrichtet ist.

Ausgehend von dem, was sie wissen, würden

69 % es begrüßen, mehr darüber zu erfahren
und nur

31 % gaben sich desinteressiert.

Über die Möglichkeiten der Unterrichtung entschieden sich
die Befragten wie folgt:

33 % für die Zeitung

13 % für den Rundfunk

57 % für das Fernsehen

21 % für Vorträge,

wobei einige Doppelnennungen abgegeben wurden.

Dieses Ergebnis bekräftigt nochmals die Forderung nach gezielter intensiver Aufklärung der Öffentlichkeit über zahnmedizinische Themen.

Auch bezüglich der Frage, welchem Massenmedium dabei der Vorzug gegeben werden sollte, lassen sich aus den Antworten wertvolle Rückschlüsse ziehen.

bb) Komplex Klinikbehandlung

Die Fragen 18 bis 21 betreffen ausschließlich 34 Personen, die in der Klinik behandelt wurden und bilden daher einen Sonderkomplex.

In 6 Gruppen lassen sich die Begründungen aufteilen, weshalb diese Personen die Klinik aufsuchten. Die entsprechende Frage lautete:

"Warum sind Sie in die Klinik zur Behandlung gegangen?"

Die Antworten gliederten sich wie folgt:

- | | |
|--|----------|
| 1) - man braucht nicht so lange zu warten | 5 Pers. |
| 2) - ich dachte, es geht schneller als beim Zahnarzt | 3 Pers. |
| 3) - auf Empfehlung | 8 Pers. |
| 4) - weil es billiger ist | 9 Pers. |
| 5) - habe zur Klinik das meiste Vertrauen (bessere Instrumente, sorgfältigere Arbeit, medizinische Kenntnisse sind am weitesten, wegen Röntgeneinrichtung, Arbeit nicht auf Gewinn, sondern das Wohl des Patienten ausgerichtet) | 11 Pers. |
| 6) - bin Klinikangehöriger | 3 Pers. |

Dabei kam es wieder zu Doppelangaben.

Frage 19

"Von wem sind Sie behandelt worden, Student oder Arzt?"

28 Personen wurden von Studenten behandelt,
6 Personen von Ärzten.

Dieses Ergebnis ist jedoch nicht so interessant, wie das auf die beiden nachfolgenden Fragen 20 und 22 erzielte:

"Würden Sie wieder in die Klinik zur Behandlung gehen?
Warum? Warum nicht?" und

"Empfanden Sie die Behandlung durch den Studenten als Zustimmung?"

Lediglich	4 Personen würden nicht wieder,
dagegen	30 Personen würden wieder die Klinik aufsuchen.

Die Verneinung der Erstgenannten wurde wie folgt argumentiert:

- es dauert zu lange, bis die Arbeit fertiggestellt ist -
- die Behandlung selbst dauert zu lange -
- weil AOK-Patienten nicht so gut behandelt werden -
- weil es Leute gibt, die es besser machen -

Die Gründe der Personen, die die Klinik zur Behandlung erneut aufsuchen würden, sind identisch mit den Angaben zu Frage 18.

Das bedeutet, daß sich ihre Erwartungen, die sie in die Klinikbehandlung gesetzt hatten, erfüllten.

Frage 21

"Empfanden Sie die Behandlung durch den Studenten als Zumutung?"

Sehr interessant ist das Ergebnis hierauf:

- Nur 4 Personen empfanden die Behandlung durch den Studenten als Zumutung,
während 23 diese Meinung nicht teilten.
1 Person empfand es einerseits als Zumutung, war aber durch die Aufsicht der Assistenten wieder beruhigt.

Bei den Personen, die nicht wieder in die Klinik zur Behandlung gehen, handelt es sich um dieselben, die die Behandlung durch den Studenten als Zumutung empfanden.

Ihre ausschlaggebenden Gründe sind:

1. es dauert zu lange
2. man wird als Versuchskaninchen benutzt.

Das positive Resultat (Vertrauen zum Studenten) war überraschend und entsprach nicht den Erwartungen. Die spontanen Äußerungen und die Art der Reaktionen ließen an der ehrlichen Beantwortung der Frage keinen Zweifel. Oftmals wurde zwar der Zusatz gebracht, die Behandlung dauere zu lange, jedoch ergab sich als übereinstimmendes Bild, daß für die Mehrzahl der Patienten der persönliche Kontakt und das Gefühl, individuell behandelt zu werden, den Nachteil der langen Sitzungen bei weitem überwog. Sie werden als nicht zu umgehende Tatsache akzeptiert.

Von nicht zu unterschätzendem psychologischen Interesse ist hier das Verhältnis Patient - Zahnarzt.

Allein das Wort Zahnarzt ruft bei vielen schon unangenehme Empfindungen und Abneigung hervor, die noch durch oftmals bedrückende Wartezimmeratmosphären verstärkt werden. Um der negativen Einstellung der Patienten entgegenzuwirken, ist es vorteilhaft, Wartezeiten auf ein Minimum zu beschränken.

Weiterhin erreicht der Zahnarzt durch besonderes Einfühlungsvermögen und persönlichen Kontakt - nicht zuletzt wird damit auch die momentane Situation des Patienten positiv beeinflusst - einen optimalen Behandlungserfolg und -ablauf. Auch der Nimbus, der mit dem Wort Universitätsklinik verbunden wird, und die Autorität des Professorentitels, stehen hinter den Studenten und tragen zu dem Vertrauen bei, das ihnen entgegengebracht wird.

Herr Dipl.-Psychologe J. G r i e s stellte bei der Überprüfung der Arbeit fest, daß alle Ja-Nein-Ergebnisse der Reaktionsfragen mit dem 1 % - Niveau signifikant und somit interpretierbar sind.

c) Vergleich Cover-denture-Träger
zu "normalen" Prothesenträgern

Eine Sonderstellung unter den Prothesenträgern nehmen Personen mit einem Cover-denture-Ersatz ein. Die Restzähne bei einer teleskopierenden Totalprothese dienen als Kippweider und Führung der Prothese und somit der Erhöhung des Funktionswertes.

Es ist interessant zu eruieren, ob die teleskopierende Prothese diesen Anforderungen gerecht wird, sie sich für den Patienten angenehmer im Tragen erweist oder kein Unterschied zur Totalprothese besteht. Um diese Unterschiede bzw. Übereinstimmungen in bezug auf die Funktionstüchtigkeit festzustellen, wurden nur Fragen herangezogen, die direkt oder indirekt darüber Aufschluß gaben.

Es waren die Fragen Nr. 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 26, 27, 28 und 29 der Gruppe der Reaktionsfragen und die Fragen 9, 10, 11, 12, 15 und 16 aus den Informationsfragen.

Zur Auswertung der Reaktionsfragen zunächst Vergleichsziffern, wobei der besseren Übersicht halber nur die "Ja"-Antworten angeführt werden:

[illegible]

Frage 1

"Es macht mir nichts aus, ein Gebiß zu tragen".

Es stellte sich heraus, daß der Prozentsatz derjenigen, denen es etwas ausmacht, ein Gebiß zu tragen, bei den Cover-denture-Trägern um 5 % niedriger liegt.

Obwohl dieses Ergebnis nicht eminent ist, kann es als erfreulich gewertet werden. Bei der Erstausswertung dieser Frage wurde gesagt, daß Prothesenadaptation und Funktions-tüchtigkeit voneinander abhängen.

Als logische Folgerung kann festgestellt werden, daß eine teleskopierende Totalprothese - wenn auch bei diesem Resultat in nur geringem Ausmaß - besser assimiliert wird, als eine "normale" Totalprothese.

Frappant dagegen ist der Vergleich bei der 2. Frage:

"Ich fürchte manchmal, die Prothesen könnten nicht richtig halten, während ich spreche oder singe".

Cover-denture-Prothesen gewährleisten beim Sprechen oder Singen für 12 % mehr einen besseren Halt.

Als Quintessenz der Antworten auf die 4. Frage:

"Meine Zahnprothesen sehen zwar gut aus, aber sie bleiben für mich ein Fremdkörper im Mund",

fällt auf, daß kein Unterschied bezüglich des Fremdkörper-gefühls beider Zahnersatzträger besteht.

Für 62 % der Cover-denture-Personen bleibt
der Ersatz ein Fremdkörper, ebenso

für 63 % der anderen Gruppe.

Frage 5

"Ich denke oft daran, daß ich künstliche Zähne habe".

Auch bei den Patienten mit teleskopierenden Prothesen stellte sich heraus - wie schon bei der ersten Auswertung dieser Frage -, daß die Angaben hierauf und auf Nr. 4 zahlenmäßig nicht übereinstimmen.

Bei den Cover-denture-Personen besteht jedoch kein so grosser Unterschied, dafür ist die Diskrepanz bei Frage Nr. 5 zu den Totalprothesenträgern um so größer:

36 % der Letztgenannten gegenüber nur
23 % der Cover-denture-Träger

denken oft daran, daß sie künstliche Zähne haben.

Da bei den Personen mit teleskopierender Totalprothese 13 % weniger an ihre künstlichen Zähne denken, läßt sich daraus schließen, daß die bekannten Mängel bei ihnen weniger ausgeprägt sind.

Frage 7

"Eine Zahnprothese zu tragen ist weniger schlimm, als ich früher gedacht hatte".

In diesem Punkt sind sich die Träger beider Ersatztypen einig:

Jeweils 85 % antworteten mit "ja".

Frage 9

Erstaunen ruft zunächst das Resultat auf die Frage:

"Ich habe mich so an meine Zahnprothesen gewöhnt, daß sie mir wie meine eigenen Zähne vorkommen",

hervor:

70 % der Cover-denture-Träger antworteten mit
"ja" und
76 % der Totalprothesenträger.

Wenn man jedoch berücksichtigt, daß das Alter der Cover-denture-Träger im Durchschnitt 53 Jahre betrug, sie also erst kurze Zeit zum Kreis der Prothesenträger gehörten, während die Personen der anderen Gruppe schon oftmals auf jahrzehntelange Erfahrung zurückblicken, kann das Ergebnis nicht weiter überraschen.

Hinzu kommt bei Trägern teleskopierender Totalprothesen, daß ja noch 1 - 3 eigene Zähne vorhanden sind und sie dadurch verstärkt an den Verlust der übrigen und den Zustand, als sie noch keine Prothese benötigten, erinnert wurden und dazu Vergleiche anstellen.

Frage 10

"Ich muß mich dazu zwingen, meine Zahnprothesen zu tragen".

Bei der Auswertung dieser Frage wurde wiederum Übereinstimmung festgestellt:

Beide Gruppen müssen sich gleichermaßen zum Tragen ihres Zahnersatzes zwingen.

- Es sind dies:

14 % der Prothesenträger und
15 % der Personen mit Cover-denture-Ersatz.

Frage 11

"Mit meinen Zahnprothesen habe ich beim Sprechen ein sicheres Gefühl".

Dies bestätigten:

92 % der Totalprothesenträger und
94 % der Cover-denture-Personen.

Wenn der Unterschied auch nur gering ist, so kann im großen und ganzen auf bessere Funktionstüchtigkeit und erhöhten Halt der teleskopierenden Totalprothese im Vergleich zur "normalen" geschlossen werden.

Frage 14 und 16

"Meine Zahnprothesen geben mir im Umgang mit anderen Menschen Sicherheit" und

"Ich trage meine Zahnprothesen nur selten".

Jeweils

95 % bzw.

6 % erklärten dies für zutreffend.

Frage 17

Das Ergebnis auf diese Frage:

"Es ist unangenehmer, als ich mir vorgestellt hatte, eine Zahnprothese zu tragen",

kann als Bestätigung für das bei Nr. 7 gefundene gelten.

Es kristallisierte sich jedoch eine Differenz von 5 % im Vergleich zu allgemeinen Prothesenträgern heraus. Für diesen Teil der Personen mit teleskopierenden Totalprothesen ist ein Zahnersatz angenehmer zu tragen, als sie vorher angenommen hatten.

Das heißt, daß 5 % mehr bei diesem Personenkreis ihre Erwartungen bestätigt fanden.

Frage 20

"Ich denke manchmal, an den künstlichen Zähnen sieht man, daß man alt wird".

Hier gingen die Meinungen beider Gruppen weit auseinander:

25 % der Prothesenträger gegenüber

8 % der Cover-denture-Personen

bestätigten, daß für sie zwischen einer Totalprothese und Alterwerden, ein direkter Zusammenhang besteht.

Frage 26

"Mit meinen Zahnprothesen kann ich auch in Gesellschaft alles essen".

Es zeigt sich, daß hier ein Verhältnis von

77 : 72 %

zugunsten der Personen mit Cover-denture-Ersatz besteht. Für sie resultiert daraus größere Sicherheit in Gesellschaft anderer.

Ein recht erfreuliches und ermunterndes Ergebnis.

Frage 27

"Ich fühle mich etwas gehemmt, seit ich künstliche Zähne habe".

Auch dieses Resultat spricht für die teleskopierende Prothese:

3 % weniger als bei den Personen der anderen Gruppe fühlen sich durch ihre Prothesen gehemmt.

Die genauen Zahlen lauten:

- 6 % bei der teleskopierenden Totalprothese fühlen sich gehemmt und
- 9 % bei den anderen Ersatzträgern.

Frage 28

"Meine Zahnprothesen trage ich den ganzen Tag".

Bestätigt wurde diese Aussage von

- 91 % der "normalen" Prothesenträgern und
- 93 % der anderen.

Es ergab sich also wieder eine - wenn auch nur geringe - Verschiebung zugunsten der Cover-denture-Personen.

Frage 29

"Ich denke kaum jemals daran, daß es nicht meine eigenen Zähne sind, die ich trage".

Auskunft darüber, welcher Patientengruppe dieser Gedankengang am häufigsten bewußt wird, gibt die Auswertung:

- 67 % Totalprothesenträger und
- 70 % der übrigen

antworteten mit "ja".

Obwohl das Ergebnis bisher gezeigt hat, daß Cover-denture-Prothesen zufriedenstellender und funktionstüchtiger sind, denken Personen mit diesem Zahnersatz häufiger an ihre künstlichen Zähne als die anderen.

Die Ursache dafür mag darin liegen, daß Träger teleskopierender Totalprothesen durch das Vorhandensein eigener Zähne stärker daran erinnert werden, daß sie hauptsächlich künstliche Zähne haben.

Informationsfragen

Frage 9

"Konnten Sie mit den neuen Prothesen sofort essen und sprechen?"

Mit "ja" antworteten:

Cover-denture-Träger	62 %
Prothesen-Träger	52 %,

also ein Unterschied von 10 %.

Die Begründungen der restlichen 38 % der 1. Gruppe wiederholen sich in den Angaben bei der Erstauswertung dieser Frage:

Brechreiz, Gefühl des Ungewohnten,
Anstoßen mit der Zunge, Angst, daß
Zähne ausbrechen.

Hier kommt jedoch noch ein weiterer Punkt hinzu:

Schmerzen an Pfeilerzähnen.

Frage 10

"Wie lange hat es gedauert, bis Sie beschwerdefrei Ihre Prothese tragen konnten?"

Vergleiche zwischen beiden Prothesenträgergruppen lassen sich aus der folgenden Aufstellung ziehen:

Beschwerdedauer	Cover-denture-Träger	Normalprothesen-Träger
keine	23 %	23 %
1 Woche	15 %	11 %
2 Wochen	16 %	4 %
3 Wochen	23 %	12 %
4 Wochen	15 %	8 %
8 Wochen	8 %	6 %
	100 %	64 %

Tab. 4

Daß in der 2. Spalte lediglich 64 % erreicht wurden, liegt daran, daß von beiden Gruppen nur gleiche Angaben der Beschwerdedauer gegenübergestellt werden konnten. Durch hohe Einzelwerte, besonders die 3 %, die 1 Jahr lang nicht beschwerdefrei waren, verschiebt sich der Unterschied sehr zum Nachteil der Normalprothesenträger:

Hier sind es 6,4 Wochen, bei Cover-denture-Trägern bloß 3,1 Wochen.

Frage 11

"Was hat Sie an den neuen Prothesen am meisten gestört?"

Die Gegenüberstellung der Beschwerden ergibt folgendes Bild:

	Cover-denture	Normal-prothese
1. Druckstellen	23 %	20 %
2. ungewohnt/Fremdkörper	7 %	10 %
3. Platzmangel für Zunge	5 %	2 %
4. Geschmacksbeeinträchtigung	-	2 %
5. Trockenheit	7 %	1 %
6. mangelhafter Halt	6 %	14 %
7. Brechreiz	-	3 %
8. Druck, wo letzter Zahn gezogen	7 %	1 %
9. Schmerzen am Pfeilerzahn	15 %	-
keine Beschwerden	30 %	36 %

Tab. 5

Die Vervollständigung der 2. Spalte ist wieder bei der Erstauswertung dieser Frage zu finden.

Gravierende Unterschiede sind bei den Punkten 5 und 6 festzustellen, während die der übrigen weniger eminent erscheinen.

Frage 12

"Wenn Sie die neuen Prothesen im Mund hatten, hatten Sie dann im Vergleich zu früher mehr oder weniger Speichel?"

Hier soll ebenfalls eine Vergleichstabelle Übersicht bieten:

Speichelmenge	Cover-denture	Normalprothese	Differenz
gleich	38,5 %	62 %	23,5 %
mehr	23 %	21 %	2 %
weniger	38,5 %	11 %	27,5 %
nicht erinnerlich	-	6 %	6 %

Tab. 6

Lediglich die Angaben bezüglich der erhöhten Speichelmenge stimmen ungefähr überein, während die anderen erheblich voneinander abweichen.

Besonders auffallend ist, daß bei Cover-denture-Personen 27,5 % mehr als bei Normalprothesenträgern nach der Eingliederung ihres Ersatzes geringere Speichelmengen konstatierten, wie auch schon in Übereinstimmung dazu bei Frage 11 bemerkt wurde, daß ein größerer Prozentsatz dieser Gruppe über Trockenheit klagte.

Frage 15

"Können Sie alles essen, oder zerschneiden Sie Brot oder Äpfel vorher in kleine Stücke?"

Über die Unterschiede der beiden Prothesengruppen gibt die unten angeführte Tabelle Auskunft:

	ich kann alles essen	ich zerschneide
Cover-denture-Gruppe	46,2 %	53,8 %
übliche Totalprothese	21 %	79 %
Differenz	25,2 %	25,2 %

Tab. 7

Es zeigt sich eine recht erhebliche Variationsbreite, wobei die Personen mit Cover-denture-Prothesen eine wesentlich günstigere Stelle einnehmen:

Sie können jeweils um 25,2 % mehr im Gegensatz zu Normalprothesenträgern alles essen und brauchen um denselben Prozentsatz weniger Nahrung zerschneiden.

Dieses Resultat kann als sehr erfreulich gewertet werden und läßt Rückschlüsse auf eine gute Funktion der Cover-denture-Prothese zu.

Frage 16

"Haftet Ihre Prothese gut?"

Bestätigung für das eben gefundene Ergebnis bringt die Auswertung dieser Frage:

Es antworteten:

	Cover-denture	Normalprothese
nein	6 %	6 %
ja	94 % -davon 23 % ja, sehr gut-	77 % -vollständige Angaben s.Seite 58-

Tab. 8

V. Diskussion und abschließende Betrachtung der Befragungsergebnisse

Vergleich Cover-denture-Prothese und "normale" Prothese:

Wenn sich auch in der Einzelauswertung keine eminenten Unterschiede zwischen beiden Prothesentypen gezeigt haben, kristallisierte sich doch im großen und ganzen die bessere Funktionstüchtigkeit der teleskopierenden Prothese heraus.

So fühlen sich z.B. Cover-denture-Träger beim Essen in Gesellschaft anderer sicherer oder wurden in ihren Prothesenerwartungen häufiger bestätigt, als Personen mit einer Normalprothese.

Daraus ergibt sich zusammenfassend ein durchaus positives Bild, das den Schluß auf einen besseren Assimilationsprozeß der Cover-denture-Träger mit ihrer Prothese zuläßt. Das Fremdkörpergefühl ist jedoch bei beiden Gruppen gleich stark ausgeprägt.

Die Tatsache des Vorhandenseins eigener Zähne bei dem Cover-denture-Träger bringt ihm positive als auch negative Seiten: Positiv, weil dadurch eine bessere Führung und sicherer Halt gewährleistet ist, negativ, weil er dadurch verstärkt an den Verlust der restlichen eigenen und das Tragen der künstlichen Zähne erinnert wird.

Die Totalprothese ist ein Komplex, der sowohl mechanische als auch psychische Probleme umfaßt.

Eine Inkorporation - d.h., der Patient hat den Zustand des unbewußten Kauens erreicht - des Ersatzes erfolgt erst dann, wenn eine Adaptation beider Komponenten erreicht ist. Um hier zu einem Erfolg zu gelangen, ist fachliches Können des Zahnarztes, Anwendung optimaler Abformmethoden und Materialien sowie Einfühlungsvermögen und taktvolle Hilfe des Behandelnden unbedingt Voraussetzung. Zur Inkorporation gehört ferner nicht nur ein funktionell einwandfreier Ersatz, sondern vor allem muß der Patient bereit sein, ihn zu akzeptieren.

Er soll sich nicht nur darin schicken, den Verlust zu erleiden, sondern lernen, ihn durch den Ersatz positiv zu werten sowie ihn überwinden und zum Gewinn seiner von ihm neu aufzubauenden Persönlichkeit kehren.

Das Vertrautwerden mit der Prothese bedeutet Aufnahme und Verschmelzung dieses Fremdkörpers in das Ich-Bewußtsein mit Ausfall aller von der Prothese ausgehenden störenden Reize.

Es ist evident, daß das Gebiß, wie alle Körperteile, solange es vollständig, gesund und intakt ist, wesentlich zu der Integrität unseres Wohlbefindens und dem Ich-Bewußtsein beiträgt. Zum anderen repräsentiert es einen erheblichen ästhetischen Wert.

Mit dem Auftreten von Störfaktoren, dem Bewußtwerden der Defektuosität, fühlt der Zahnlose sich aus der Gemeinschaft ausgestoßen, besonders, wenn seine Jugend oder seine soziale Stellung es ihm nicht erlauben, sich zahnlos zu zeigen.

Der Zahnverlust bringt für ihn Folgen, die die zwischenmenschlichen Beziehungen beeinflussen. Er setzt ihn gleich mit Einbuße der Vitalität, Verhäßlichung und er bedeutet für ihn Störung des komplexen Körpergefühls. Dieser Defekt stellt einen Wertverlust dar, den es zu kompensieren gilt.

Daher kann Zahnersatz nicht gleichbedeutend sein mit Zahnaustausch, das heißt, die Form der Prothese darf nicht diktiert, sondern muß - um die mechanisch-funktionellen Voraussetzungen für die Inkorporation zu schaffen - den gegebenen oralen Verhältnissen angepaßt werden.

Die beste prothetische Leistung ist jedoch noch keine Erfolgsgarantie, wenn die psychische Komponente nicht erfüllt ist.

Die Lösung des Problems Zahnersatz ist also nicht nur von der Technik der Kaumechanik her möglich, sondern umfaßt sowohl physisch-mechanische als auch psychisch-individuelle Faktoren.

Hierbei ist das Arzt-Patient-Verhältnis von entscheidender Bedeutung, wobei heute die Psychologie dem Behandler wissenschaftlich fundierte Richtlinien für einen allgemeinen Führungsstil geben kann, der sich teilweise auf das Verhältnis Arzt-Patient übertragen läßt.

Bei der Prothesengestaltung, speziell Zahnauswahl und -aufstellung, greift der Zahnarzt verändernd in den Ausdrucksgehalt des Kieferbereiches ein. Er bestimmt durch die Zahnprothese die physiognomische Ausdruckswirkung des Patienten hinsichtlich Ästhetik und charakterlichen Merkmalen (z.B. Offenheit, Intelligenz usw.).

Der Zahnarzt sollte sich über diesen Eingriff in die Persönlichkeitsgestaltung bewußt sein und sich auch hier geeigneter psychologischer Methoden für die notwendigen Untersuchungen zum Problem der Ausdruckswirkung bedienen.

Zahnlosigkeit ist ein körperlicher Defekt, der durch eine Prothese geheilt werden kann und den Patienten dadurch in den Augen der Mitmenschen nicht als andersartig oder gar minderwertig erscheinen läßt, was wiederum Sicherheit im Auftreten unterstützt.

Viele Prothesenträger besitzen einen funktionell einwandfreien Ersatz, sind jedoch aufgrund bewußter oder unbewußter Projektionen in die Prothese nicht in der Lage, ihren Ersatz zu adaptieren.

Auch durch die Verquickung der Gedankengänge Zahnverlust = Älterwerden, können sich Aversionen gegen das Projekt Prothese - dem unbewußt die Schuld dafür angelastet wird - entwickeln und folglich eine Inkorporation verhindern.

Hier ist es besonders wichtig, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, um ihm dadurch bei der Lösung dieses Prothesenkomplexes behilflich zu sein.

Als erfreuliche Tatsache kann festgehalten werden, daß die Prothese trotz zahlreicher Adaptationsschwierigkeiten zum selbstverständlichen Bestandteil ihres Trägers zählt und auch dann getragen wird, wenn dies Überwindung erfordert.

Um seine eigene Unsicherheit nicht preiszugeben, wird versucht, die Prothesenexistenz zu verbergen; daher fällt es schwer zuzugeben, daß der Halt des Zahnersatzes oft mangelhaft ist und, besonders während des Essens in Gesellschaft anderer, Hemmungen bestehen.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Personen empfindet ihren Zahnersatz als Fremdkörper, was bedeutet, daß keine Inkorporation erfolgt ist. Es ist jedoch interessant, daß diese Tatsache ein Erinnertwerden an den Zahnersatz nicht zur Konsequenz hat, woraus sich schließen läßt, daß die charakteristischen Prothesensensationen oft ohne Beeinflussung auf das Bewußtsein bleiben.

Um die noch erheblichen Prothesenmängel zu reduzieren, ist es Aufgabe von Industrie und Forschungslaboratorien, optimale Abformmaterialien und -methoden zu entwickeln, und vor allem selbstverständliche Pflicht des Zahnarztes, diese anzuwenden.

Besonders eine Verbesserung der Haftung der Unterkieferprothese sollte angestrebt werden.

Ein weites Feld, über die Möglichkeiten der Gebißsanierung zu informieren, tut sich im Rahmen der Patientenaufklärung, an erster Stelle für den Zahnarzt sowie für die Massenmedien, auf; denn die Patienten sind häufiger als bisher angenommen, dazu bereit und auch in der Lage, für eine optimale Versorgung ihres Gebisses finanziell aufzukommen.

Weiterhin sollte eine verstärkte Information und intensive Aufklärung der Bevölkerung mittels geeigneter Publikationsorgane über Karies und deren Konsequenzen erfolgen.

Außerdem müßten prophylaktische Maßnahmen propagiert und angewandt werden.

Bei Extraktionen steht die Mehrzahl der Patienten dem Verlust eines Zahnes im Seitenzahnbereich indifferent gegenüber, da dieser Mangel nach außen hin nicht sichtbar wird. Frontzähne dagegen möchten sie um jeden Preis erhalten.

Hier muß den Patienten die Bedeutung der Zähne für die Gesundheit und die Konsequenz, die sich aus kariogenen Gebißschäden ergeben, bewußt gemacht werden.

Bei Einsicht könnten dadurch ein regelmäßigeres Aufsuchen des Zahnarztes erzielt und die hohen Extraktionsziffern gesenkt werden.

VI. Zusammenfassung

- 1.) Bei der Untersuchung des gestellten Themas wurden 135 Personen im Alter von 32 bis 89 Jahren - davon 35 Personen mit einer Cover-denture-Prothese - befragt.
- 2.) Es wurden insgesamt 50 Fragen vorgelegt, die sich in zwei Komplexe gliedern lassen:
 - a) 29 Reaktionsfragen (als Feststellungen formuliert)
 - b) 21 Informationsfragen.
- 3.) Häufigste Kritik am Zahnersatz war der mangelhafte Halt der Unterkieferprothese. Trotzdem findet Haftpulver kaum Anwendung, da es sich als unangenehm oder erfolglos erwies.

Weitere wichtige Störfaktoren: Druckstellen, Fremdkörpergefühl, die Gaumenplatte, Brechreiz, Verstärkung (Bleieinlage) der Unterkieferprothese.
- 4.) Daraus ergaben sich Begründungen für die Unzufriedenheit mit dem Zahnersatz, die einmal auf Faktoren mechanischer Art basierten, zum anderen kosmetischer oder psychischer Natur waren.
- 5.) Prothesenerfahrungen in der Familie oder im engsten Freundeskreis, können zu streng vorgefaßten Meinungen führen, die eine Abneigung gegen Zahnersatz auslösen und Inkorporationsschwierigkeiten hervorrufen können.
- 6.) Prothesenaversionen entstehen oft durch die Verflechtung der Gedankengänge Zahnverlust = altern, Vitalitätseinbuße und Verhäßlichung.
- 7.) Durch den Ersatz verlorengegangener Zähne kann ein nach außen hin sichtbarer organischer Defekt geheilt werden und zur Aufrechterhaltung von Persönlichkeit und komplexem Körpergefühl beitragen.

- 8.) Als Durchschnittsalter für den Zahnverlust wurden 57,2 Jahre ermittelt.
80 % der Befragten wurden zuerst im Oberkiefer,
11 % im Unterkiefer und
9 % in beiden Kiefern gleichzeitig zahnlos.
- 9.) Als Extraktionsgründe gaben an
13 % Paradontose
87 % Vereiterungen, völliger Defekt, Zahnlockerung.
- 10.) Als interessantes Nebenprodukt ergab sich eine erstaunliche Indifferenz gegenüber Extraktionen im Molarenbereich, Frontzähne dagegen sollten um jeden Preis erhalten werden.
- 11.) Ein Viertel der Interviewten überschritt die von W.J. K u r l j a n d s k i j (7), geforderte Frist der Gewöhnung an die Prothese von 33 Tagen bei weitem.
- 12.) Bei einem Vergleich zwischen der "normalen" Totalprothese und der Cover-denture-Prothese konnten keine eminenten Unterschiede festgestellt werden, jedoch kristallisierte sich im großen und ganzen die bessere Funktionsfähigkeit der teleskopierenden Totalprothese heraus.
- 13.) Ausschlaggebende Gründe für das Aufsuchen einer Klinik sind:
Vertrauen in die Behandlungsweise, niedrigere Kosten und das Wegfallen der Wartezeiten.
Durch persönlichen Kontakt zum Patienten und das Gefühl, nicht als Fall behandelt zu werden, können Behandlungsablauf und -erfolg in positiver Weise beeinflußt werden.

VII. Schrifttum

- 1) Balters, W.: Adaptationsfähigkeit u. Prothese; Dt. Zahnärztekalendar (1952) Karl Hanser Verlag/München
- 2) Balters, W.: Sofortprothese bei Zahnverlust, psychisch betrachtet. Dtsch. zahnärztl. Z. 2, 1420 (1957)
- 3) Balters, W.: Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten - von der Psychologie her gesehen. Dtsch. zahnärztl. Z. 11 (1956) 1, 112 und 11 (1956) 2, 465
- 4) Heinrich, E.: Vom Erfolg in der zahnärztl. Praxis, Karl Hanser Verlag/München (1952)
- 5) Heinrich, E.: Lebendige Prothetik. Physiognomische, kosmetische und psychologische Ratschläge; Berlinische Verlagsanstalt Berlin 1948
- 6) Hromatka, A.: Zur Psychologie der prothetischen Praxis; Dt. Zahnärztebl. 1943 (1965)
- 7) Kurljandskij, W.J.: Der Mechanismus der Gewöhnung; Dt. Zahnärztekalendar 1952 Karl Hanser Verlag/München
- 8) Kranz, H.: Zahnverlust und Zahnersatz als psychologisches Problem, Dtsch. zahnärztl. Z. 2, 105 (1956)
- 9) Meng, H.: Psychologie in der zahnärztlichen Praxis, Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart (1952)
- 10) Peterhans, P.: Zur Psychologie und Psychohygiene in der Prothetik, Med. Diss. Zürich 1948

- 11) Schulte, W.: Um das Ansehen unseres Standes;
Zahnärztl. Mitt. 17 u. 18 (1967)
- 12) Sergl, H.G.: Psychologie in der Zahnheilkunde - Bedeutung und Aufgaben.
Zahnärztl. Mitt. 9, 413 (1973)
- 13) Sergl, H.G. und Stodt, W.: Experimental investigation of the aesthetic effect of various tooth positions after loss of an incisor tooth;
Transact. Europ. Orthodont. Soc. 1972 p. 497
- 14) Veigel, H.: Um das Ansehen unseres Standes;
Zahnärztl. Mitt. 17 u. 18 (1967)
- 15) Wild, H.: Psychologische Bedeutung der Zähne und des Gesichtes; aus: Psychologie in der zahnärztlichen Praxis von Meng, H., Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart (1952)

Für die freundliche Überlassung des Themas, die hilfreiche Anleitung und wohlwollende Förderung der Arbeit möchte ich Herrn Professor Dr. M. H o f m a n n meinen ganz besonderen Dank aussprechen.

Weiterhin gilt mein Dank Herrn Priv.-Dozent Dr. H. G. S e r g l , der die Fragenauswahl und -formulierung vornahm und mir für die Auswertung wertvolle Ratschläge erteilte.

Abschließend danke ich Herrn Dipl.-Psychologen J. G r i e s , der die Arbeit nach psychologischen Gesichtspunkten überprüft und beurteilt hat.

L e b e n s l a u f

Am 8.7.1947 wurde ich als Tochter des Arztes für Allgemeinmedizin, Dr. Franz Heymann und dessen Ehefrau Ursula, geb. Kaiser, in Sontra/Hessen geboren.

Nach Besuch der Volksschule und des Lyzeums Leuchtbergschule in Eschwege/Werra bestand ich am 3.11.1966 das Abitur.

Das Studium für Zahnmedizin absolvierte ich in der Zeit von 1967 bis 1972 an der Universität Erlangen-Nürnberg und legte am 26.5.1972 das Staatsexamen ab.

Da mein nächstes Ziel die Erlangung des Fachzahnarztes für Kieferorthopädie ist, arbeite ich zur Zeit als Ausbildungsassistentin in einer Praxis dieser Fachrichtung.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22950